تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً

(النظرية والتطبيق)

الدكتور زيدان السرطاوي
أستاذ التربية الخاصة
كلية التربية جامعة الملك سعود

الدكتور عبد العزيز الشخص
أستاذ التربية الخاصة
كلية التربية جامعة الملك سعود

الجـــزء الأول



تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً

(النظرية والتطبيق)

تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً

(النظرية والتطبيق)

الجزء الأول

تأليف

جوزيف ف. ريزو

روبرت هـ. زابل

ترجمـــة

دكتور / عبدالعزيز السيد الشخص
استاذ التربية الخاصة
كلية التربية جامعة الملك سعود

دكتور / زيدان أحمد السرطاوي
استاذ التربية الخاصة
كلية التربية جامعة الملك سعود

دار الكتاب الجامعي

هذه ترجمة عربية مصرح بها لكتاب

Educating Children and Adolescents With Behavioral Disorders : An Integrative Approach

Published by Allyn & Bacon, Inc, Boston , 1993

طبعة أولى

١٤٢٠هـ - ١٩٩٩م

دار الكتاب الجامعي

العين - دولة الإمارات العربية المتحدة

ص.ب ١٦٩٨٣ - هاتف: ٦٦٤٨٤٥

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم الترجمة

الأطفال هم نصف الحاضر وكل المستقبل ، وهم عدة المجتمع وأداته للنمو والتقدم؛ لذلك يبذل المسئولون في مختلف المجتمعات قصارى جهدهم في توفير كل ما من شأنه تحقيق الرعاية التربوية والاجتماعية لهؤلاء الأطفال، بما يساعدهم على النمو المناسب في جميع جوانب شخصيتهم. ومن جهة أخرى فإن تعرض هؤلاء الأطفال لأية مشاكل تعكر صفو حياتهم، أو تعوق عملية تربيتهم ونموهم تؤرق مختلف المهتمين بشؤونهم سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع . لذلك فإن تعرض هؤلاء الأطفال لأي من المشكلات الشخصية، أو السلوكية، أو النمائية يتطلب بالضرورة توفير المتخصصين المؤهلين الذين يمكنهم التدخل لعلاجها، بالإضافة إلى توفير البرامج التربوية المناسبة التي يمكن أن تساعد في علاج مشكلاتهم السلوكية ، وكذلك تزويدهم بالمهارات الأكاديمية الضرورية للحياة مثلهم مثل أقرانهم من بقية الأطفال .

وقد اهتم المسئولون عن رعاية الأطفال وتربيتهم في الدول المتقدمة بإعداد الترتيبات الخاصة بتزويد ذوي الاضطرابات السلوكية منهم بالأساليب التربوية والعلاجية المناسبة منذ عدة سنوات مضت؛ ومع ذلك فإن مثل هذا الاهتمام يعد في مرحلة المهد بالنسبة لكثير من المجتمعات النامية، هذا رغم تزايد تلك المشاكل كما وكيفا بين الأطفال والمراهقين والشباب خلال الآونة الاخيرة . ولعل ذلك يستلزم إعداد البرامج التربوية والعلاجية المناسبة لمواجهة الحاجات التربوية والنفسية لهؤلاء الأفراد، ويتطلب هذا الأمر في البداية إعداد المتخصصين للعمل معهم، وخاصة في إطار مجال التربية الخاصة . ويستلزم ذلك أيضا توفير الكتب والمراجع اللازمة لمساعدة كل من يهمه أمر هؤلاء الأطفال من معلمين، وأولياء

أمور، واختصاصيين لفهم خصائصهم؛ وكيفية التعامل معهم بطرق مناسبة، بالإضافة إلى مساعدة الباحثين والدارسين في هذا المجال .

ونظرا لأن المكتبة العربية تكاد تخلو من مثل هذه الكتب أو المراجع المتخصصة؛ لذلك حاولنا سد تلك الثغرة. وقد وجدنا في الكتاب الحالي ما يحقق أهدافنا حيث أنه يجمع بين النظرية والتطبيق، ويحاول التوفيق بين وجهتي النظر التي طالما تعارضت وتصارعت حول أهمية كل من الوراثة والبيئة في نشأة مشكلات الأطفال والمراهقين . وقد أتخذ هذا الكتاب النظرة التكاملية، حيث لا يمكن لشيء أن يحدث في فراغ كما أنه لابد من وجود أساس لحدوثه. وهكذا تظهر أهمية التفاعل بين مختلف العوامل المؤثرة على هؤلاء الأفراد. ولعل التوجه البيئي الذي يتخذه هذا الكتاب يوفر تلك النظرة التكاملية والتفاعلية .

وبالإضافة إلى ذلك فإن هذا الكتاب يجمع بين مجالي علم النفس والتربية الخاصة ، وبعبارة أخرى فهو يتناول ما يخص الطفل والمراهق كفرد وإنسان من خصائص ومشاكل، ومختلف النظريات النفسية التي تناولت ذلك، ثم يحاول تطبيقها في صورة برامج تربوية وعلاجية لمواجهة تلك المشكلات في إطار التربية الخاصة .

لذلك فرغم صعوبة عملية الترجمة إذا ما قورنت بالتأليف فقد آثرنا خوض تلك العملية الصعبة، محاولين وضع كل ما يتضمنه هذا الكتاب من أفكار ونظريات وبرامج في متناول القارئ العربي بإسلوب علمي دقيق وسهل . وقد ضم الكتاب أربعة أبواب يركز الأول والثاني منها (الجزء الأول)على المفاهيم النظرية، والنظريات التفسيرية، ويبحث أسباب الاضطرابات السلوكية، وتصنيفاتها، وخصائصها ، حيث تضم سبعة فصول تمثل الخلفية النظرية الأساسية مستفيدة أساسا من الخلفية العميقة للدكتور "ريزو" في مجال علم النفس. ويركز البابان

الثالث والرابع (الجزء الثاني) على الأساليب العلاجية والبرامج التربوية اللازمة للأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية، وذلك في محاولة لتطبيق مختلف المفاهيم والنظريات والقضايا التي تشملها الأبواب الأولى، وترجمتها ووضعها في صورة أساليب تطبيقية تساعد مختلف المسئولين عن رعاية وتربية هؤلاء الأفراد في تحقيق أهدافهم بنجاح. وهكذا فإن الفصول الخمسة الآخيرة توفر الأساليب المختلف لمواجهة تلك المشكلات سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع. وقد ظهرت براعة ودقة ذلك من خلال التخصص والخبرة العريضة للدكتور " زابل " في مجال التربية الخاصة .

ونظرا لكبر حجم الكتاب خاصة في صورتة المترجمة التي تزيد على ٩٠٠صفحة! فقد رأينا طباعته في جزأين. يضم الأول الفصول السبعة الأولى ويمثل الاطار النظري، وهو يهم قطاعا عريضا من الدارسين، والباحثين والمتخصصين، بينما يضم الجزء الثاني الأساليب العلاجية والبرامج التربوية وهو يهم كل من له تعامل مباشر مع الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية .

وبالتالي فهناك نوع من التخصص والتركيز في كل جزء من الجزأين، وحيث أن النظرية قد تعد مجرد آراء فلسفية بدون تطبيق، كما أن الأساليب التطبيقية قد تكون مجرد محاولات عشوائية إذا لم تقودها النظرية فإننا ننصح الجميع بالاطلاع على الجزأين معا وعدم الاكتفاء بأحدهما فقط .

وإننا وإذ نتقدم بخالص الشكر والامتنان لله سبحانه وتعالى على أن وفقنا لانجاز هذا العمل، فإننا نتضرع إليه تعالى أن يحقق الفائدة المرجوة لكل يد بيضاء تتقدم بالمساعدة والعون لأبنائنا الأعزاء .

والله من وراء القصد ،،،

المترجمان

تقديم المؤلفان

نحن نؤمن بأن المنحى التكاملي يعتبر أساسيا لعلاج وفهم حياة الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا . ولقد حاولنا في هذا الكتاب الالتزام بهذا التكامل وذلك من خلال :

أولا : يدمج الكتاب النظرية ، والبحث، والخبره باعتبار أن كلا منها "طرقا للمعرفة" يتضمن شيئا مهما يقدمه فنحن نرى بأن النظريات حول طبيعة السلوك المضطرب وأسبابه يجب أن توجه أساليب التدخل العلاجية، وأن تلك الجهود المبذولة لتحسين التكيف السلوكي والانفعالي للأطفال يجب أن تبنى على أسس نظرية، وأن الخبرات يمكن أن توجه بما يتوصل إليه البحث من نتائج .

ثانيا : يعمل هذا الكتاب على تكامل وجهات النظر المتعددة والضرورية للفهم والتاثير على تكيف الأطفال السلوكي . إذ ليس هناك منحى واحدا يكفي لتعريف الاضطرابات السلوكية وعلاجها ، لكن من الواضح أن بعض الأساليب قد تكون أكثر فائدة من بعضها الآخر لفهم هذه الاضطرابات، كما أن بعض الأساليب العلاجية قد تحمل أملا أكبر من البعض الآخر. فنحن نشعر بأننا قد تبنينا أفضل النظريات، وأحدث ما توصل إليه البحث وأكثره فائدة، وكذلك الخبرات المتميزة للتربويين والأطباء النفسيين، وكانت النتيجة هذا الكتاب الذي يعتبر كتابا علميا وعمليا يناسب كلا من الدارسين والمتخصصين على مستوى الجامعة والعاملين في الميدان مع المضطربين سلوكيا .

ومع أن هذا الكتاب قد تم إعداده ونحن نضع المعلمين في أذهاننا ، إلا أن اهتمامنا يتجاوز الصف الدراسي والمدرسة . وبالتأكيد فإن تركيزنا قد انصب على الخبرة التربوية للصغار، ولكن هناك أمور أخرى هامة كذلك؛ فكثير من مناقشاتنا

لخصائص المضطربين سلوكيا امتد ليشمل الأسرة والمجتمع، والتأثيرات الاجتماعية الثقافية، بالاضافة إلى تلك العوامل المتواجدة في غرفة الدراسة والمدرسة ككل .

لقد تم تقسيم محتوى الكتاب الذي يتضمن أربعة أبواب رئيسية إلى جزأين، يتضمن كل جزء منهما بابين أساسيين وذلك على النحو التالي :

الجزء الأول :

يبدأ بالقضايا الأساسية التي تمثل الباب الأول؛ حيث يضع الفصل الأول الأساس لبقية الكتاب وذلك بتزويدنا بمقدمة لأنظمة التصنيفات وتحديد القضايا والأهداف الحالية في إعداد البرامج التربويّة للأطفال والمراهقين من المضطربين سلوكيا، ويقدم لنا كذلك المبرر والمنطق في المنحى التكاملي الذي تبنيناه في هذا الكتاب . ويراجع الفصل الثاني العناصر الأساسية للأطر النظرية المستخدمة في فهم السلوك المضطرب، وصياغة أساليب التدخل العلاجية ، وكذلك أضفنا تحليلا للأسرة والمجتمع كمواقف يظهر فيها السلوك . أما الفصل الثالث فيناقش أهداف وعمليات تقييم الاضطرابات السلوكية، وقد أخذنا بالاعتبار استخدام اجراءات متعددة لتقييم كل من الطفل والنظم الاجتماعية ذات الصلة بالعلاج .

أما الباب الثاني فيركز على خصائص المضطربين سلوكيا ؛ وحيث أن هناك عدة أنماط من السلوك المضطرب، لذلك تناولت الفصول الأربعة التالية أهم خصائص المضطربين سلوكيا. إذ يتناول الفصل الرابع مشكلات الشخصية، والفصل الخامس الاضطرابات الأخلاقية، والفصل السادس الاضطرابات النمائية العامة، في حين يتناول الفصل السابع الاضطرابات التعليمية .

الجزء الثاني :

يبدأ الجزء الثاني من الكتاب بالبرامج التربوية الخاصة التي تمثل الباب الأول منه والذي يركز على التدخلات العلاجية. ونحن ندرك بأن الحدود بين طرق علاجية معينة قد لا تكون واضحة تماما. ومع ذلك فمن المفيد أن نقرن بين الطرق التي تمثل التوجه السلوكي (الفصل الاول) وتلك التي تتبنى التوجه النفسي التربوي (الفصل الثاني ، حيث يركز الفصل الأول مباشرة على تعديل السلوك المضطرب ، في حين يتضمن الفصل الثاني طرقا معرفية / انفعالية تهدف إلى تغيير الطرق التي يفكر ويشعر بها الأطفال في أنفسهم وحيال الآخرين . ونحن نرى بأن كلا الأسلوبين يقدم استراتيجيات مفيدة للعلاج التربوي . وقد حاولنا في الفصل الثالث ترجمة هذه التدخلات العلاجية في اطار إعداد البرامج التربوية ونحن نأخذ في اعتبارنا عملية التخطيط التربوي، ونماذج ايصال الخدمة ، ونماذج البرامج المتعددة .

أما الباب الثاني الذي يتناول المعلمين والوالدين فيركز على لاعبين أساسيين في حياة الأطفال المضطربين سلوكيا . ففي الفصل الرابع ناقشنا السمات والكفايات الهامة للمعلمين ، ونظرا لأن معلمي الطلاب المضطربين سلوكيا معرضون للضغوط والاحتراق النفسي المترتب على عملهم مع هذه الفئة من الأطفال، فقد تناولنا هذه الموضوعات بشيء من العمق. واقترحنا استراتيجيات من شأنها تخفيف الضغوط النفسية ومنع حدوث الاحتراق . وفي الفصل الخامس والأخير الذي تناول علاقة المدرسة والمنزل ، وضعنا الأشكال المحتملة لمشاركة الوالدين في التدخلات العلاجية ، واستكشفنا طرقا لتسهيل التعاون والمشاركة بين المنزل والمدرسة .

ومع أن كل فصل في جزأي الكتاب يركز على موضوعات محددة، فإننا لم نحدد مناقشاتنا ولم نقصرها فقط على ذلك الموضوع بل كثيرا ما كنا نرجع إلى موضوعات سابقة أو حالية ، وإلى موضوعات تالية من الكتاب وذلك بسبب أهميتها في فهم التكيف السلوكي للأطفال والتاثير فيه . فالتقييم على سبيل المثال يعتبر موضوعا مهما نجده يدخل بطريقة أو بأخرى في كل فصل .

إن هدفنا هو تقديم مراجعة مهمة للنظريات، والأبحاث، والخبرات المناسبة وحتى الخروج ببعض التفسيرات والاجراءات العلاجية. فعلى سبيل المثال، نحن نؤمن أن من المهم للمعلمين والمهنيين الآخرين فهم القصور المحتمل في بعض المناحي التقليدية للتقييم ، ومعرفة الآثار المحتملة لأساليب العقاب، وفهم حدود مشاركة الوالدين وأن يكونوا على وعي بالمخاوف والصعاب المحتملة أثناء تعليم الطلاب المضطربين سلوكيا .

وتكمن السمة التكاملية الأساسية لهذا الكتاب في خلفية مؤلفيه العلمية وتدريبهم المهني، فقد تدرب بروفسور "ريزو" في العيادات النفسية وعمل مع الأطفال المضطربين ومع أسرهم في العيادات النفسية والمؤسسات الداخلية ، في حين عمل بروفسور "زابل" وبما يحمل من خلفية في التربية الخاصة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المواقف الصفية ومع المعلمين سواء قبل الخدمة أو خلالها ، ولقد تم تكامل تلك الخبرات ووجهات النظر معا في هذا الكتاب . وقد كتب كل منهما تلك الفصول التي تعكس مجالات اهتمامه وخبراته ؛ فقد كتب بروفسور ريزو معظم الفصول التي تناولت القضايا الأساسية والخصائص، في حين كتب بروفسور زابل فصل التقييم والفصول التي تناولت بشكل مباشر القضايا التربوية والتدخلات العلاجية .

ونحن نعتقد أن هذا الكتاب يقدم علاجـــا شـــاملا ومتكـــاملا للاضطرابـــات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين . ونحن نـــأمل أن يتـــم إيصـــال المعلومـــات والتوجيهات ، التي يتضمنها الكتاب لأولئك المعلميـــن والمعـــالجين والمرشـــدين وغيرهم ممن يبحثون عن مساعدة الأطفال المضطربين وأسرهم .

المحتويات

الباب الأول

قضايا أساسية في دراسة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين

الفصل الأول

قضايا في دراسة الاضطرابات السلوكية

الموضوع	الصفحة

الفصل الثاني

محددات دراسة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين

الفصل الثالث

تقييم الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا

الموضوع	الصفحة
• التقييم من قبل فريق متعدد التخصصات	١٨٢
• أنماط التقييم	١٨٥
• اتخاذ قرارات لأهلية الطالب لخدمات التربية الخاصة	١٨٧
• التحويل لخدمات التربية الخاصة – البديل التربوي	١٨٨
• اشتراك المعلمين	١٩٠
• تنفيذ البرنامج	١٩١
• استثناءات من النموذج	١٩١
• مراجعة أساليب التقييم	١٩٢
تقييم ذكاء وشخصية الفرد	١٩٣
– اختبارات الذكاء .	١٩٣
– الأساليب الإسقاطية .	١٩٥
التحليل البيئي .	١٩٦
– الوضع التعليمي .	١٩٨
– البيئة الاجتماعية للفصل .	١٩٨
– أبعاد عملية التدريس .	١٩٩
مقابلات الوالدين	٢٠٠
مراقبة تغير السلوك	٢٠١
– إرشادات لمراقبة السلوك .	٢٠٢
– المقاييس القبلية – البعدية	٢٠٣
• مقاييس البعد الاجتماعي	٢٠٤
• مقاييس مفهوم الذات	٢٠٧
• تقديرات السلوك	٢٠٩
– مقاييس النواتج .	٢١٤
– مقاييس العمليات .	٢١٦
• الملاحظات اليومية	٢١٧
• سجل الأحداث	٢١٨
• تسجيل عينات السلوك	٢١٨

الموضوع الصفحة

الباب الثاني

أنواع معينة من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين

الفصل الرابع

مشكلات الشخصية لدى الأطفال والمراهقين

الموضوع	الصفحة

الفصل الخامس

الأطفال والمراهقون ذوو الاضطرابات الأخلاقية

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الباب الأول

قضايا أساسية في دراسة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين

تمثل الفصول الثلاثة التي يتضمنها هذا الباب أساساً شاملاً لدراسة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين . إن النظرة المتكاملة التي تؤكد على تعقد القوى الكامنة المؤثرة على الأطفال ، تعد أمراً ضرورياً وعلى درجة كبيرة من الأهمية ، ويجب أخذها في الاعتبار عند التدخل التربوي، والنفسي لمواجهة الاضطرابات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال . إن التدخل الفاعل يتطلب اشتراك المتخصصين من مختلف التخصصات بالإضافة إلى أولياء الأمور في هذا الصدد .

وسوف نستعرض بإيجاز خلال الفصلين الأوليين ما حدث من تغير كبير في حياة الأسرة في الآونة الأخيرة؛ وذلك من خلال المناقشة المتعمقة ، واستعراض الفروض، والقضايا، والمشكلات التي يتعرض لها الباحثون في مجالات علم النفس، والطب النفسي، وكذلك مراجعة نتائج الدراسات التي أجريت في مجال التفاعلات الأسرية . فالفصل الأول يتضمن مناقشة تفصيلية لوجهات النظر المختلفة حول التشخيص التصنيفي، وهو مفهوم مهم يجب أن يعرفه المعلم جيداً كي يستطيع التعامل ببصيرة مع زملائه المتخصصين في علم النفس الكلينيكي . كما يتعين على المعلم أن يكون على علم بما يجري من ديناميات داخل الأسرة، ومختلف القوى الاجتماعية التي تؤثر عليها وعلى حياة الأطفال، وذلك عند إعداد استراتيجيات التدخل الفاعلة لمواجهة مشكلات هؤلاء الأطفال .

وتقودنا مناقشة تلك القضايا المبدئية إلى التعرض لعملية التقييم خلال الفصل الثالث . ويبدو أن نتائج الملاحظات الكلينيكية والبحوث المتعلقة بمجالات علم النفس، والطب النفسي، والأسرة تعد على درجة كبيرة من الأهمية عند ترجمتها إلى تطبيقات تربوية واجرائية في حياة الأطفال ، وهذا ما يحدث خلال عملية التقييم ، حيث يحاول المعلمون وغيرهم من المتخصصين فهم حياة كل طفل على حده في ظل تعقد القوى المؤثرة في الحياة المعاصرة .

وهكذا لا يعد الباب الأول مدخلاً لتطبيق نتائج البحوث والملاحظات الكلينيكية في مجال التربية الخاصة فحسب؛ بل يمتد ليشمل مفاهيم التقييم وفنيات التعليم التي تمهد لعملية مساعدة الطفل . لذلك تمثل الفصول التي يشملها هذا الباب أساساً قوياً لدراسة المشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين، وكذلك إعداد البرامج المناسبة لمواجهتها والتعامل معها أو التغلب عليها؛ أي برامج التدخل العلاجية .

الفصل الأول

قضايا في دراسة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين

مقدمة

تعتبر عملية تعليم معظم الأطفال العاديين من الأمور الطبيعية مثلها مثل عملية نموهم ؛ حيث يتركز عمل المعلم بصورة أساسية على إرشادهم وتوجيه طاقاتهم إلى المجالات المناسبة، ولا شك في أن عملية التعليم تتطلب مهارات فنية، وصبر، وحكمة، وقوة تحمل ، حيث أن التعليم يعد عاملاً قوياً لدفع نمو الأطفال ومساعدتهم على الاكتشاف والتفاعل مع البيئة من حولهم . وحيث أن تلك الاستعدادات توجد لدى الأطفال المضطربين سلوكياً – كغيرهم من الأطفال – لذلك فإن عملية تعليمهم تتطلب أن يساعدهم المعلم على مواجهة ما يعترضهم من مشكلات أثناء التعلم . وتتمثل تلك المشكلات في قصور القدرات العقلية لدى بعض الأطفال، بينما تظهر في صورة إعاقات بصرية أو سمعية، أو بدنية لدى البعض الآخر . وقد أدرك المتخصصون أن تلك الإعاقات تحتاج إلى تنظيمات، أو برامج، أو تعديلات خاصة في العملية التربوية، كي تساعد هؤلاء الأطفال على تحقيق أقصى استفادة وتعلم تؤهلهم له طاقاتهم .

ورغم ذلك فهناك مجموعة أخرى من الأطفال تواجههم مشكلات حادة في عملية التعلم لا ترجع إلى إعاقات واضحة، ولكنها تنبع أساساً من خصائص سلوكية ، وانفعالية، وتفاعلية معقدة تؤدي إلى اضطرابات في قدرة هؤلاء الأطفال على التوافق مع أنفسهم ومع الآخرين، أو التفاعل معهم بصورة إيجابية ومنتجة، أو حتى على إدراك البيئة المحيطة بهم بنفس الأسلوب الذي يدركها به غيرهم من الناس .

ويتعرض الكتاب الحالي للمشكلات التربوية الخاصة بهؤلاء الأطفال؛ كما يحاول تحديد أسباب وخصائص تلك المشكلات . ورغم استخدام مصطلحات كثيرة لتصنيف أولئك الأطفال فإننا سوف نستخدم مصطلح " الاضطرابات السلوكية " للإشارة إلى الأطفال الذين يصعب عليهم التعلم بصورة مناسبة بسبب المشكلات الشخصية Personal، أو الاضطرابات الأخلاقية Conduct ، أو الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) Pervasive

وليس من السهل على المعلم التعرف على الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات الشخصية أو فهمهم، حيث أن الصفات التي تميزهم عن أقرانهم غير واضحة جيداً ويصعب تمييزها، وبالتالي لا يتم إدراج هؤلاء الأطفال ضمن ذوي الحاجات الخاصة؛ ولا تقدم لهم خدمات التربية الخاصة في وقت مبكر، وذلك رغم معاناتهم لكثير من المشكلات لفترة طويلة . وعادة ينظر إليهم الآباء والمعلمون ، وغيرهم من العاملين بالمدرسة على اعتبار أنهم يتميزون بالهدوء، والخجل ، والحزن ، والتواضع ، والتعاون ، والضمير الحي . وحين يظهر هؤلاء الأطفال مستوى أداء مرتفع في المدرسة فإنه يتم تصنيفهم باعتبارهم من المنطوين والمولعين بالكتب. ومن جهة أخرى فحين ينخفض مستوى أدائهم في المدرسة فغالباً ما يتم وصفهم باللطف وعدم التميز . وقد يتسم هؤلاء الأطفال بالقلق، والوحدة، ونبذ الذات، والميل إلى الهدوء والحزن والإحباط . كما أنهم قد يلجأون إلى البكاء طلباً للمساعدة أحياناً، وكذلك سلوك إيذاء الذات ، أو انخفاض المستوى الأكاديمي بصورة ملحوظة فجاة، أو تخريب الممتلكات سواء الخاصة أو العامة، ومرد ذلك كله إلى أن أحداً لم يهتم بهم ويقدم لهم ما يحتاجون إليه من مساعدات خاصة.

وعلى العكس من ذلك فإن الوالدين ، والمعلمين ، وغيرهم من أفراد المجتمع يعرفون جيداً الأطفال والمراهقين ممن يعانون من الاضطرابات الأخلاقية. فقد يتميز هؤلاء الأطفال بالجرأة أو التحدي ، أو التهيج، أو الغضب الحاد، أو الاندفاعية المدمرة، أو إساءة استعمال المواد المخدرة ، وغالباً ما يكون هؤلاء الأفراد معروفون للشرطة أو رجال الأمن والقانون . وقد يُقدِم هؤلاء الأفراد على إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين بقسوة بسبب الغضب الذي ينتابهم من جراء الشعور بالوحدة أو الاغتراب . وغالباً ما يؤدي سلوكهم المضطرب إلى إعاقة الأنشطة التربوية ومن ثم تدني مستوى تحصيلهم الدراسي ، ونظرا لذلك فقد يستمر بعضهم في غرف الدراسة العادية ، بينما يتم عزل البعض الآخر في فصول خاصة بالأطفال الجانحين، وذلك طبقا لشدة سلوكياتهم المضطربة .

وهناك مجموعة أخرى من الأطفال والمراهقين يعانون من اضطرابات معرفية وانفعالية وسلوكيه حادة بدرجة تحول دون قدرتهم على مواصلة الأداء في غرفة الدراسة العادية، وقد يخفق بعضهم حتى في النمو اللغوي ، بينما يعاني البعض الآخر من قصور اللغة بدرجة تعوقهم عن التواصل بوضوح مع الآخرين أو التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم . كما يعاني هؤلاء الأفراد من قصور في الأداء العقلي والسلوكي بدرجة تجعلهم يعيشون في عالم خاص بهم بمعزل عن الآخرين، وقد يقضون ساعات طويلة – وربما أيام- يمارسون سلوكيات الاستثارة الذاتية أو إيذاء الذات، وممارسة طقوس عديمة المعنى بصورة متكررة . ونظراً لأن هؤلاء الأطفال يمارسون سلوكيات غير عادية بصورة واضحة فإنه يمكن التعرف عليهم جيداً وتقديم الخدمات الخاصة لهم في أماكن خاصة بالإعاقات الشديدة .

ولقد كان يبدو منطقياً وواضحاً فيما مضى تناول اضطرابات الشخصية، والاضطرابات الأخلاقية والاضطرابات النمائية العامة باعتبارها مجموعة من الاضطرابات التي يجب التركيز عليها معاً بمعزل عن مشكلات الطفولة الأخرى؛ ذلك لأن هذه الاضطرابات قد ترجع إلى خلل في النمو النفسي أكثر مما ترجع إلى مسببات وراثية، أو إلى الإصابة المخية، أو الضعف العقلي ، أو الإعاقات البدنية؛ بيد أن هذا المنطق لم يعد واضحاً في الوقت الراهن، ذلك لأن الحدود الفاصلة بين المشكلات العضوية والمشكلات النفسية لم تعد واضحة تماماً كلما تعمقنا في فهم المشكلات النمائية للطفولة .

فبينما يبدو أن كلاً من اضطرابات الشخصية والاضطرابات الأخلاقية قد ترجع - إلى حد كبير - لصعوبات التكيف مع ما هو متوقع من الفرد اجتماعياً ونفسيا ، إلا أن هناك عوامل عضوية ظهر تأثيرها حديثاً في هذا المجال ، وبالتالي يجب أخذها في الاعتبار . ورغم أن الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) ترجع إلى جذور وراثية أو عضوية إلا أن لها عواقب وخيمة على قدرة الطفل على التكيف نفسياً واجتماعياً مع البيئة .

موضوعات أساسية في دراسة الاضطرابات السلوكية

يبدو من الأفضل عند دراسة موضوع هام ومعقد أن يحاول الفرد تلمس بعض المؤشرات التي تساعده في توجهاته ونظرته أو تناوله لذلك الموضوع. فالحقائق والمسميات ونتائج الأبحاث مهما تراكمت تظل عديمة المعنى والفائدة دون وجود بعض المبادئ الأساسية لتنظيمها؛ وتوفر النظريات الخاصة بأي مجال

ذلك التنظيم، بينما تعد طرق البحث مرشداً لتفكيرنا فيه. ومع ذلك فمن المهم أن نكون على وعي ومرونة حيال الفروض والقيم التي تشكل تفكيرنا أو تبلوره، ونحن نستند في كتابنا هذا على الفروض الأساسية التالية : الالتزام بالإطار التكاملي، والتوجه البيئي، والاعتقاد بضرورة تعدد أساليب التدخل، واشتراك أولياء الأمور كمصادر أساسية لخدمات التربية الخاصة في هذا المجال .

الإطار التكاملي Integrative Framework

لقد أوضحت نتائج الدراسات التي أجريت حول الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين أن الإطار التكاملي يعد ضرورياً لفهم تلك المشكلات واستراتيجيات التدخل الفاعلة معها، ويعنى ذلك ضرورة توفر قدر كبير من المفاهيم، والنظريات ، والتقنيات لفهم مشكلات الطفولة جيداً . إن اختبار صدق المفاهيم والأفكار وقوتها يجب تأكيده من خلال نتائج البحوث التي توصلت إليها، وكذلك من خلال فائدتها في عمليات التدخل وليس بالرجوع إلى عدد الأفراد الذين يعرفونها، كما أن النظرة التكاملية المقترحة تسهل عملية اختبار الأفكار المطروحة .

التوجه البيئي Ecological Orientation

لقد أصبح واضحاً خلال السنوات الأخيرة أنه لا يمكن تناول المشكلات النمائية والتربوية للطفل بمعزل عن المؤثرات الأسرية والمدرسية ، والاجتماعية المحيطة به ، فقد أصبح من المتفق عليه بصورة عامة حالياً ضرورة أن نأخذ في

اعتبارنا البيئة الكلية المحيطة بالطفل كنظام دينامي يتضمن عناصر مترابطة؛ إذا أردنا مساعدة هذا الطفل للوصول إلى أفضل مستويات النمو .

ورغم أن المتخصصين في المجالات المختلفة قد استخدموا مصطلحات متعددة للتعبير عن تلك النظرة الشمولية ، إلا أن المتخصصين في مجالات علم النفس والتربية اتفقوا على استخدام مصطلح " التوجه البيئي" الذي يشير إلى أنه يجب النظر إلى المواهب الخاصة أو الإعاقات لدى الأطفال في ضوء تفاعلها مع الظروف أو المتغيرات الأسرية، والمدرسية، والمجتمعية، والثقافية المحيطة بهم. وتمثل هذه المستويات المختلفة من النظم الاجتماعية مع بعضها النظام البيئي الذي ينمو الطفل في ظله ويؤدي فيه أنشطته المختلفة . وبالتالي فإن أي تدخل لمساعدة الطفل على النمو والتعلم بصورة أكثر فاعلية يجب أن ينطلق من تلك المستويات المتداخلة والتي تؤثر في بعضها البعض . وسوف نستعرض كيفية تطور التوجه البيئي بمزيد من التفصيل في نهاية هذا الفصل ، كما أن هذا التوجه سوف يصاحب مفاهيم التقييم والتدخل خلال هذا الكتاب .

التدخل متعدد التخصصات Interdisciplinary Intervention

يعد أسلوب التدخل متعدد التخصصات من الأمور المهمة التي يجب أن تصاحب التوجه البيئي، والذي يتضمن تضافر جهود مجموعة متنوعة من المتخصصين، كي يسهم كل منهم بمفاهيمه ووجهة نظره، لتتكامل جميعاً في خطة تربوية شاملة للطفل تسعى إلى تحقيق أفضل مستوى من النمو لطاقاته . لذلك فإن كلاً من المعلم، والاختصاصي النفسي، والاختصاصي الاجتماعي، واختصاصي النطق والكلام، وطبيب الأطفال .. وغيرهم قد يزودونا بمعلومات تساعد على

مزيداً من الفهم يصعب الوصول إليه بالاعتماد على متخصص واحد فقط . وعندما تتكامل تلك المعلومات في خطة تربوية شاملة فإن ذلك يحقق مزيداً من الفائدة للطفل .

اشتراك أولياء الأمور Parental Involvement

من الضروري أن يشترك أولياء الأمور كأعضاء أساسيين في الفريق متعدد التخصصات ؛ وسواء توافر لدى أولياء الأمور المهارات الفنية اللازمة لإعداد الخطط التربوية للأطفال أو لم يتوافر لهم ذلك، إلا أن لديهم معلومات على درجة كبيرة من الأهمية حول أطفالهم، كما أنهم أقدر من غيرهم على فهم أبنائهم . وبالإضافة إلى ذلك فإن أولياء الأمور يتحملون مسئولية رعاية الطفل بصورة أساسية، وغالباً ما يقومون بمهمة تنفيذ الجزء الأكبر من خطة الخدمات الخاصة به، فبينما قد يقضي الطفل خمس أو ست ساعات يومياً بالمدرسة، فإنه يقضي بقية يومه بالمنزل والحي . لذلك فإن عملية تفاعل الطفل مع الوالدين ، والأخوة ، والأقران وغيرهم من الجيران تحتل أهمية كبيرة في التأثير على نموه سواء إيجاباً أو سلباً، ومن ثم فإن سلوكيات الوالدين تعد بالغة الأهمية في تشكيل عالم الأبناء، وبالتالي يتعين على رجال التربية التخطيط لاشتراك أولياء الأمور عند إعداد الخطط التربوية لأبنائهم كي يتحقق لهم أفضل مستوى من النمو .

وسوف نحاول فيما تبقى من هذا الفصل رسم إطار لمناقشة الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين في ضوء أهم واخطر المشكلات الشخصية، والأخلاقية، والانفعالية التي يتعرضون لها، وسوف نبدأ المناقشة بالتمييز بين الأطفال الذين يعانون من المشكلات الشخصية والأخلاقية، وأولئك الذين يعانون

من الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة)، وفحص نشأة البرامج التربوية لـهؤلاء الأطفال، وكذلك مناقشة أهمية المدخلين البيئي ومتعدد التخصصات فـي العمليـة التربوية للأطفال المضطربين سلوكياً .

قضايا في تصنيف الاضطرابات السلوكية وتشخيصها

سنحاول في هذا الجزء مناقشة العناصر الشـائعة وتلـك المتمـايزة بيـن الاضطرابات السلوكية المختلفة . ومن المعروف أن مشكلة تصنيف اضطرابـات الطفولة تعد من المشكلات المهمة في مجالات علم النفـس، والطـب النفسـي، والتربية الخاصة؛ فبينما يعترض البعض على عملية التصنيف بصورة عامـة إلا أن تراكم المعلومات الكلينيكية والتربوية والبحثية عبر السنين يحتم وجود إطـار نظري يساعد في تنظيمها، فضلاً عن أن التصنيف الدقيق يسـاعد علـى تحديـد احتياجات الأطفال ومن ثم تزويدهم بالخدمات الخاصة المناسبة لتحقيق أعظم فائدة تربوية لهم . ورغم ما قد يسببه التصنيف غير المناسب من ألم وأذى للأطفال، إلا أن التصنيف الدقيق من جهة أخرى قد يعد السـبيل الوحيـد لتوفـير الخدمـات التربوية والاجتماعية لكثير منهم .

النموذج الطبي للاضطرابات السلوكية The Medical Model

يبدو أن مجال التربية الخاصة قد أعيق لفترة كبيرة بسبب المحاولات غـير الدقيقة للتصنيف، وقد استندت المداخل المبكرة للتشخيص والتصنيف في مجـالات الطب النفسي وعلم النفس إلى النموذج الطبي في تصنيف الأمـراض . ويذهـب

أصحاب النموذج الطبي إلى أن زملة الأعراض المرضية ، أو مجموعة الأعـواض التي يتكرر حدوثها معاً ترجع إلى سبب عضوي معين يكمن في مرض أو إصابة أحد أجهزة الجسم ؛ فارتفاع درجة حرارة الجسم – على سبيل المثال – قد يعكس مشكلة صحية معينة، كما أن الصداع قد يشير أيضاً إلى وجـود خلـل فـي أداء أجهزة الجسم . ورغم ذلك فلا يمكن لارتفاع درجة الحرارة أو الصـداع تحديـد المشكلة الصحية بالضبط، حيث أنهما ينذران فقط بوجود مرض عضوي يسببهما، ونظراً لأن ظهور مثل هذه الأعراض مع بعضها غالباً يحدث بصـورة معروفـة ومميزه، فقد أصبح بوسع الأطباء تحديد المرض المسبب لها وعلاجه بصـورة مباشرة . لذلك فإن ظهور زملة أعراض تشمل ارتفاع درجة الحرارة ، والصداع ، ورشح الأنف، والتهاب الحلق على سبيل المثال قد تعـبر عـن وجـود التـهاب فيروسي معين يمكن علاجه بالمضادات الحيويـة ، ولكـن إذا ظـهرت زملـة الأعراض في صورة ارتفاع درجة الحرارة ، والصداع ، والدوخة ، والغثيان عقب تعرض الفرد لحرارة الشمس لفترة طويلة فإن ذلك ينذر بوجود سبب مرضي آخر يحتاج إلى علاج مختلف عن العلاج السابق .

وهكذا يتمثل العامل الأساسي لفهم النموذج الطبي للاضطرابات السلوكية في أن وجود مؤشرات وأعراض واضحة يعبر عن حدوث مشـكلة عضويـة تكمـن خلفها، بيد أنها لا تمثل المشكلة في حد ذاتها. وقد يعمـد الطبيـب إلـى عـلاج الأعراض أحياناً حيث يحاول خفض درجة حرارة الجسم أو الصـداع باسـتخدام المسكنات مثل الأسبرين، لكنه يدرك تماماً أنه يتعين عـلاج الأسـباب المرضيـة المسببة لتلك الأعراض وإلا تكرر حدوثها. ويعد النموذج الطبي للأمراض أساسـاً للتشخيص والعلاج في مجال الطب ، وهو موجود منذ القدم .

ومع ذلك فرغم أن هذا النموذج أظهر فائدة كبيرة في فهم كثير من المشكلات الطبية ؛ إلا أن فائدته في فهم الاضطرابات السلوكية تعد محدودة للغاية. وبالتالي فإن نظم التشخيص التصنيفي التي تستند إلى هذا النموذج تعد محدودة وقد تشوه أو تعوق مداخل فهم تلك الاضطرابات بين الأطفال . فلا توجد أدلة قاطعة على أن الاضطرابات الأخلاقية يمكن أن ترجع إلى أعراض عضوية معينة ، أو أنه يمكن استخدام عقاقير طبية محددة في علاج اضطرابات الشخصية. وكما سيتضح لنا فيما بعد فقد بدأت نتائج البحوث الحديثة تشير إلى أن العوامل التكوينية والفسيولوجية قد تهيئ الأطفال للاستجابة بطريقة معينة ، بيد أن تلك النتائج لا تمت بصلة كبيرة للنموذج الطبي التقليدي . ورغم ذلك يبدو من الضروري فهم بعض الشيء عن مداخل التصنيف التقليدية لكي نفهم أسس التمييز التي سوف نستخدمها على نطاق واسع عند مناقشة المصطلحات المستخدمة حالياً من قبل المتخصصين في مجال الصحة النفسية للأطفال .

التصنيف الكلينيكي Clinically Based Classification

لقد أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الطبعة الثالثة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها (DSM III) Diagnostic and Statis tical Manual of Mental Disorders خلال الثمانينات من القرن العشرين[1] .

(الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٨٠)

ويعد هذا العمل الضخم محاولة لتقنين مجموعة من المصطلحات التي يمكن

١ لقد ظهرت الطبعة الرابعة من هذا الدليل (DSM III-R) عام ١٩٩٤ وتضمنت بعض التعديلات التي تمت بعد مراجعة الطبعة الثالثة في ضوء نتائج البحوث الحديثة، وسوف نشير إليها عند اللزوم (المترجمان) .

استخدامها في تشخيص الاضطرابات النفسية ، وكذلك تصنيف المصطلحات المستخدمة في مجال الطب النفسي ، ويعد هذا الدليل (DSM III) وثيقة تنطوي على مصطلحات متفق عليها إلى حد كبير نظراً لأن هذا العمل انبثق عن تعاون فريق كبير من الأطباء النفسيين وعلماء النفس ممن ينتمون إلى خلفيات نظرية متباينة، ولهم وجهات نظر مختلفة (ويليمز Williams ، ١٩٨٥) . ورغم ذلك فكما هو متوقع لأي عمل جديد فقد واجه هذا الدليل أوجه نقد ومعارضة كثيرة . بيد أنه يتعين على المتخصصين في مجال التربية الخاصة الإلمام بمضمون هذا الدليل كي يمكنهم التعامل ببصيرة مع زملائهم العاملين في مجالات الطب النفسي والعلاج النفسي .

يستخدم دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها نظام تصنيف متعدد المحاور ، بمعنى أنه يتم تصنيف الاضطرابات النفسية وفقاً لعدة محاور أو أبعاد في وقت واحد : المحور الأول يتكون أساساً من زملة الأعراض الكلينيكية أو مجموعات الأعراض المؤتلفة مع بعضها .

فمجموعة الأعراض التي يتلازم حدوثها بصورة معينة تشكل زملة أعراض مرضية تم استعراضها ضمن المحور الأول للاضطرابات . لذلك فإن الفرد الذي يعاني من الخوف المستمر، والارتباك ، ومقاومة المواقف الاجتماعية التي تتضمن التعرض لأحكام الآخرين، والخوف من عمل الأشياء الملفتة للنظر أو المبهرة، رغم أنه يدرك أن مثل هذا الخوف غير منطقي، فقد يتم الحكم عليه بأنه يعاني من فوبيا (خوف مرضي) اجتماعية Social Phobia . (أنظر المربع رقم ١-١) .

مربع رقم (١-١) بعض الأمثلة لتشخيص اضطرابات الطفولة والمراهقة وفقا للمحور الأول من (DSM III)

فيما يلي عرضاً لبعض التصنيفات التشخيصية التي غالباً ما يواجهها المهتمون بالاضطرابات السلوكية للأطفال، ويتضمن دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها أيضاً اضطرابات نمائية معينة مثل الاضطرابات النمائية في القراءة ، واللغة ، والحساب ، والتي تندرج ضمن المحور الثاني . فضلاً عن أن أي تصنيف تشخيصي آخر قد يظهر بصورة عادية بعد المراهقة ربما يتم تطبيقه على الأطفال أو المراهقين في ضوء محكات معينة .

- التخلف العقلي : بسيط ، متوسط ، شديد ، حاد ، أنواع غير محددة .
- اضطرابات الانتباه : تلك الاضطرابات التي تصاحب بالنشاط الزائد أو لا تصاحبه، وكذلك الأنواع التي قد تظهر بين المراهقين أو الراشدين .
- الاضطرابات الأخلاقية: عدوان اجتماعي، عدواني منخفض الاجتماعية واجتماعي غير عدواني، وغير عدواني منخفض الاجتماعية، وغيرها من الاضطرابات الأخلاقية الأخرى .
- اضطرابات القلق : اضطراب قلق الانفصال ، اضطرابات القلق الحاد .. الخ .
- الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) التوحد الطفولي (الأوتوسية)، الاضطرابات النمائية العامة التي تظهر خلال الطفولة، وغيرها من الاضطرابات النمائية الشديدة .

المحور الثاني : يتكون من عدة نماذج مختلفة من سمات الشخصية التي تحول دون قدرة الفرد على التكيف بسبب الجمود أو عدم المرونة، أو إعاقة الأداء الاجتماعي والمهني، وما تسفر عنه من مخاطر أو أذى أو ألم له . وقد تستخدم النماذج التي يضمها هذا المحور في بعض الحالات لوصف سمات الشخصية حتى لو لم يتم تشخيص الاضطراب في الواقع . لذلك فقد يوصف الفرد مثلا في ضوء المحور الثاني على أن لديه اضطراب في الشخصية يتمثل في العدوان السلبي، كما أنه يتصف بعدة أشياء منها المماطلة، والعناد ، وعدم

الكفاءة، والإهمال . ورغم أننا قد نلاحظ بعض هذه الصفات تجتمع لدى عدد من الناس ، بل وقد توجد أحياناً لدينا جميعاً عندما نحاول تحري الصدق مع النفس ومع الآخرين، إلا أنها تعد اضطرابات نفسية عندما تؤثر شدتها ، وتكرارها سلباً على العلاقات الاجتماعية للفرد، وعلى كفاءته في أداء ما يوكل إليه من أعمال ، وتصبح مصدراً لألمه وحزنه .

وجدير بالذكر أن الفرق الجوهري بين المحورين الأول والثاني من هذا الدليل يكمن في أن المحور الأول يستعرض المظاهر السلوكية بصورة درامية متشعبة، بينما يركز المحور الثاني على الاضطرابات الهامة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA ، ١٩٨٠، ص٢٣] . وقد يبدي الفرد مشكلة أو أكثر يمكن تشخيصها في ضوء أحد المحورين أو كليهما .

وقد يعاني الفرد أحياناً من اضطراب عضوي أو حالة وثيقة الصلة بوظائف الشخصية ، وقد ترتبط هذه الحالة العضوية مباشرة بالاضطرابات النفسية في المحورين الأول والثاني أو قد لا ترتبط بها، بيد أنها تمثل أهمية كبيرة في الفهم العام لمشكلات الفرد النفسية وكيفية مواجهتها . فقد يعاني الطفل مثلاً من مشكلات شخصية شديدة ويصاب في نفس الوقت بقرحة في المعدة، وقد يعاني الطفل من اضطراب أخلاقي شديد ويصاب بالسكر في نفس الوقت، ومثل هذه الحالات العضوية يتم تشخيصها في المحور الثالث .

ويعد المحوران الرابع والخامس من العلامات المهمة لدليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها لأنهما يضمان معلومات واضحة حول العوامل المسببة للاضطرابات؛ مثل الضغوط الاجتماعية ومستويات الأداء السابقة التي تساعد على فهم الفرد . فالمحور الرابع يتضمن تقديرات لشدة مصادر الضغوط

النفسية والاجتماعية في بيئة الطفل مثل تغيير المعلم، أو الانتقال إلى مدرسة جديدة أو دخول المستشفى ، كما أن هذه التقديرات تعكس القدرة العامة للطفل على مواجهة تلك الضغوط . فالطفل الذي يتعرض للاضطراب النفسي عند فقد أي من مصادر الضغوط النفسية والاجتماعية المهمة يصبح أكثر حساسية وعرضة للتأثر من قرينه الذي يتعرض لمثل هذه المشكلات عندما يفقد أحد والديه بسبب الموت أو الطلاق مثلاً .

وفي النهاية يأتي المحور الخامس الذي يتضمن تقديراً لكفاءة الفرد في العلاقات الاجتماعية، والأداء المهني، والاستمتاع بوقت الفراغ خلال العام المنصرم ، وتتدرج تلك التقديرات من ضعيف إلى متميز، وتعطي فكرة عن مستوى كفاءة الفرد قبل تعرضه للمشكلات النفسية . ويتضمن المربع (١-٢) مثالاً للتشخيص متعدد الأبعاد في ضوء هذا الدليل .

المربع رقم (١-٢) مثال للتصنيف متعدد الأبعاد
على دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها

"دون" طفل يبلغ من العمر أحد عشر عاما بالصف السادس الابتدائي، تم تحويله إلى الاختصاصي النفسي بالمدرسة نظرا لتكرار تعرضه لنوبات طويلة من الصراخ في الآونة الاخيرة، بالإضافة إلى رفض تناول الطعام، والامتناع عن الذهاب إلى المدرسة، ورفض التحدث مع أي فرد بالمدرسة سواء من المعلمين أو الزملاء . وقد حاول الهرب من المدرسة عدة مرات وتم إجباره على البقاء بها عنوة تحت إشراف إدارة المدرسة أو الممرضة. وقد ذكر المسئولون بالمدرسة أن "دون" يرفض تناول طعام الغذاء وبدلا من ذلك يرفع صوته مناديا أمه في ذلك الوقت .

تابع مربع رقم (١-٢)

وقد أصبح هذا الطفل حاد الانفعال والاستثارة بالمنزل، كما أنه سريع الغضب لأسباب غير مفهومة، وقد انقطع عن الاتصال برفاقه من الجيران، وكان يقضي معظم الوقت إما في مشاهدة التلفزيون أو القراءة . وقد كان مستواه الدراسي جيداً فيّما مضى، ورغم ميله للعزلة إلا أن له بعض الأصدقاء المقربين الذين يستمتع بصحبتهم .

ويشير تقرير تاريخ الحالة إلى أن "دون" يعد الأصغر وله أخ أكبر ، ويتميز زواج الوالدين بالاستقرار ، ويميلون إلى التعبير العاطفي لأبنائهم والآخرين ، ولديهم توقعات منطقية عن أبنائهم ، رغم ميلهم إلى المثالية والانضباط إلى حد ما، كما أنهما يتميزان بالنجاح في أعمالهم بدرجة مناسبة , ونظراً لظروف عمل الأب فقد انتقلت الأسرة مؤخراً إلى مدينة جديدة. وذلك قبل بداية العام الدراسي بيومين فقط ، وهو نفس العام الذي حدثت فيه المشكلة ، وقد اضطر "دون" إلى ترك قطته عند الانتقال إلى المدينة الجديدة مما جعله يشعر بالحزن الشديد من جراء ذلك .

وقد ذكر والدا "دون" أنه كان طفلاً لطيفاً، متميزاً في دراسته ، ويتسم بالبشاشة، وذلك رغم تغير هذا الحال خلال الأيام الأخيرة ، وقد بدأ "دون" يتعرض للكوابيس أثناء النوم، ويميل إلى التعلق بأمه وتتبعها بالأماكن المختلفة من المنزل بعد عودتها من العمل ، محاولاً جعلها نصب عينيه باستمرار .

المحور الأول : زملة أعراض كلينيكية :اضطراب قلق الانفصال مصحوب برفض المدرسة ، تجنب البقاء وحيدا بالمنزل، والغضب، والحزن ، وكوابيس أثناء النوم .

المحور الثاني : اضطراب في الشخصية : لا يوجد تشخيص ضمن هذا المحور (بمعنى أنه لا توجد أدلة على تعرض الطفل لاضطرابات الشخصية رغم ميله للحزن والانطواء).

تابع مربع رقم (١-٢)

المحور الثالث : الاضطرابات العضوية : لا يوجد تشخيص ضمن هذا المحور (فقد أوضحت الفحوص الطبية التي أجريت للطفل قبل الانتقال إلى المدينة الجديدة تمتعه بصحة جيدة) .

المحور الرابع : شدة الضغوط النفسية والاجتماعية : ١= يوجد ، ٢= منخفض (مثل أجازة الأسرة) ، ٣= بسيط (مثل تغير المعلم) ٤=متوسط (مثل شجار الوالدين، أو تغير المدرسة) ، ٥=شديد (مثل انفصال الوالدين) ، ٦ = حاد (مثل وفاة الوالدين أو التعرض للاعتداء البدني أو الجنسي)، ٧= فاجع لا يطاق (مثل تعدد حالات الوفاة في الأسرة) وهنا نجد "دون" يحصل على تقدير ما بين متوسط وشديد نظرا لتغيير المنزل والمدرسة ، وفقد حيوانه المفضل (القطة) .

المحور الخامس : أعلى مستوى من الأداء خلال العام السابق :١= ممتاز ، ٢= جيد جدا ، ٣=جيد ، ٤= مقبول ، ٥= ضعيف .

وهنا يمكن إعطاء "دون" ما بين جيد وجيد جدا من حيث الأداء خلال العام السابق على حدوث الحالة .

حدود دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها

رغم أن هذا الدليل يزودنا بمداخل شاملة لتصنيف مشكلات الأفراد، إلا أنه نظرا لطبيعته كنظام للتصنيف العام يميل إلى تشويه حقيقة مشكلات الطفولة والمراهقة كما تبدو في الواقع لدى كل فرد على حدة . فهذا النظام التصنيفي يفترض وجود الخصائص المذكورة ضمن صنف معين لدى الفرد بغض النظر

عن وجود أدلة واضحة وملموسة على ذلك . ومن المهم أن نأخذ في اعتبارنا أن مسميات التصنيف ليست بالضرورة أشياء حقيقة ، ولكنها مجرد إحدى أنواع التصنيف .

لنأخذ على سبيل المثال التصنيف الموجود في الدليل تحت مسمى الاضطراب الأخلاقي -الاجتماعي-غير العدواني؛ إن المحك المستخدم لتصنيف هذا الاضطراب يتضمن : (١) الخروج على المعايير الاجتماعية بصورة مستمرة وغير مناسبة لعمر الفرد (مثل الإهمال المستمر) ، (٢) تكرار الهروب من المنزل طوال الليل ، (٣) الكذب الدائم، (٤) السرقة . فرغم أن الطفل أو المراهق قد يمارس واحداً أو أكثر من تلك السلوكيات بحيث يمكن أن يندرج ضمن هذا التصنيف وفقاً للمحكات سالفة الذكر ، إلا أننا يجب أن ندرك أن مثل هذه السلوكيات يمكن أن تنطبق على معظم الأطفال في محاولتهم التكيف مع الظروف البيئية التي يعيشون فيها . ورغم أن هذه السلوكيات قد تحول دون قدرة الطفل على الأداء بفاعلية في الحياة الاجتماعية العادية ، إلا أنها قد تكون أيضا أساليب ضرورية للتكيف مع الظروف البيئية غير المواتية (الفاسدة) . لذلك فإن الطفل الذي ينتمي إلى أسرة تسيء معاملته (قسوة الوالدان) مثلا قد يهرب من المنزل أو يكذب كي يتجنب التعرض للأذى البدني والانفعالي. وهكذا فرغم أن مثل هذه السلوكيات قد تعوق النمو الإيجابي للطفل، إلا أنها لا تعتبر بالضرورة مشكلات حقيقية لدى كل فرد .

وبالإضافة إلى ذلك فإن هذا الدليل يتأثر بصورة واضحة بالنموذج الطبي الذي ينظر إلى المشكلات السلوكية والشخصية كخصائص كلينيكية موجودة لدى الفرد مثلها مثل الأمراض العضوية ، وبينما قد توجد أدلة لتبرير وجهة النظر هذه بالنسبة لبعض مشكلات الطفولة (مثل أشكال معينة من التخلف العقلي أو

الاضطراب النمائي العام والشديد) ، بيد أنه لا يوجد مبرر لتعميم النموذج الطبي على جميع الاضطرابات السلوكية ، أو التسليم بأن هذه الاضطرابات ملازمة لمختلف الأفراد (اشنباك Achenbach ، ١٩٨٢) ورغم أن هذا الدليل يتضمن المحور الرابع الخاص بمصادر الضغوط النفسية والاجتماعية إلا أنه يصبغها بالنموذج الطبي للاضطرابات الذي لا يفيد معلم التربية الخاصة كثيراً ، وذلك في الوقت الذي نفترض فيه أن هذا الدليل يجب أن يمثل وسيلة مهمة تساعد المعلم على التفاهم والتواصل مع المتخصصين في مجال الصحة النفسية .

ومن المشكلات الكبرى الأخرى التي تحد من فائدة دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها أنه لم يأخذ في الاعتبار كثيراً من جوانب النمو الدقيقة أثناء عملية التصنيف، ودورها في التعرف على الاضطرابات النفسية؛ ومرد ذلك إلى اعتماد الدليل على النظرة التقليدية في فهم الاضطرابات بين الكبار. فمن الشائع أن يتعرض الأطفال والمراهقين مثلاً خلال أي مرحلة من نموهم العادي لبعض المشكلات التي تتضمن التوتر الزائد، والخوف ، والغموض حيال الشعور بالهوية . وليس بالضرورة أن تعكس هذه المشكلات وجود الاضطراب النفسي لديهم، ولكن قد يحدث ذلك نتيجة سوء الفهم وعدم أدراك أنها تعد جزءاً مهماً ضمن عمليات النمو العادية، فضلاً عن أن بعض المشكلات قد لا تمثل خطورة في إحدى مراحل النمو بينما قد تبدو خطيرة جداً في مرحلة أخرى (بمبوراد وشواب Bemporad & Schwab ، ١٩٨٦) . فالتهاب الغدة النكفية مثلاً يعد من المشكلات البسيطة الشائعة لدى الأطفال بيد أنه قد يسبب مشكلات خطيرة إذا حدث خلال المراهقة، وبالمثل فإن اضطراباً سلوكياً مثل فوبيا (الخوف) المواصلات قد يعد بسيطاً بين الأطفال وسوف يزول مع الكبر، ولكن إذا حدثت نفس المشكلة للكبار فإنها تعد خطيرة وتتطلب العلاج الفوري .

وأخيرا فإن هذا الدليل لم يحد من مشكلات الصلاحية والثبات التي يحـاول الأطباء النفسيين تطبيقها . ويشير مصطلح الصلاحية Reliability هنا إلى قـدرة جميع من يستخدمون هذا الدليل على الوصول إلى نفس النتـائج (أو الاتفـاق) ، ومن ثم دعم الثبات عند تطبيق المفاهيم التي يتضمنها (كـوى Quay ، ١٩٨٣) وتجدر الإشارة هنا إلى أن نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أوضحـت عدم وجود مستوى مرتفع من الثبات بين المتخصصين الذين يسـتخدمون هـذا الدليل في التشخيص (ماتيسون وآخرون ، Mattison et al ، ١٩٧٩ ؛ ويليمـز Williams ، ١٩٨٥) .

التصنيف التجريبي Empirically Based Classefication

لقد ظهرت عدة مداخل أخرى للتصنيف إلى جانب النظم التقليدية تستند إلـى نتائج البحوث والدراسات وتحاول إتاحة فرصة الفهم الدقيق للطفل كحالة فريـدة، وفي نفس الوقت تسمح بالتصنيف المفيد الذي يساعد في حصول الطفـل علـى الخدمات التربوية المناسبة , وتعتمد معظم تلك المداخل على وصـف سـلوكيات الأطفال كما تحدث في الواقع بدلا من الاعتمـاد علـى التصـورات النظريـة أو الكلينيكية لها .

وتستند المداخل التجريبية للتصنيف إلى مبدأ أساسي مـؤداه أن وصـف سلوكيات الأطفال كما تحدث في الواقع يعد خير وسيلة لفهمها. لذلك يلجأ أصحاب هذه المداخل إلى استخدام الاستبانات التي يقوم المعلمون أو أولياء الأمور بوصف سلوكيات الأطفال عليها، بدلا من الاعتماد على التصورات والانطباعات المسـتمدة من النظريات أو المفاهيم التاريخية ، ويقوم الباحثون بعد ذلك بإخضاع البيانـات

المستمدة من تلك الاستبانات للتحليل الإحصائي لتحديد السلوكيات التـــي يتكـــرر حدوثها معاً لدى الأطفال، وكذلك يمكن تحديد تلك السلوكيات التي لا تحدث معـــاً. وبناء على ذلك أمكن لكثير من الباحثين تحديد أوجه الاتفاق أو الاختـــلاف بيـــن السلوكيات التي تسمح بتصنيف الأطفال وفقاً لسلوكياتهم الفعلية دون التأثير علـــى القدرات والاحتياجات الخاصة لكل طفل على حده . (اشنباك ، ١٩٦٦ ، ١٩٧٨؛ أشنباك وإدلـــبروك Achenbach & Edilbrock ، ١٩٧٨ ؛ إدلـــبروك وأشـــنباك ، ١٩٨٠ ؛ هويت وجنكينز Hewitt & Jenkins ، ١٩٤٦ ؛ هيملويت وماك درمـــوت Mcdermott& Himmelweit ، ١٩٧٥، ١٩٨٠، ١٩٨٠ ؛ بيترســـون Peterson ، ١٩٦١) .

وغالباً ما تستخدم هذه الأبحاث أساليب إحصائية مثل التحليـــل العـــاملي ، الذي يحاول تحديد أنماط معينة للسلوكيات من خلال تحديد تجمعات الصفات التـــي ترتبط مع بعضها بدرجة عالية بينما لا ترتبط بتجمعات السلوكيات الأخرى بنفـــس الدرجة . وقد أسفرت هذه الأبحاث عن نتائج متسقة تشير إلى إمكانية تصنيـــف سلوكيات الأطفال في عدد قليل من الأصناف الأساسية بدرجة عالية مـــن الثقـــة. ومن التصنيفات التي تستند إلى ذلك ويظـــهر فـــي عـــدة مســـميات مـــا يلـــي : الاضطرابات الذاتية أو المشكلات الموجهـــة للداخـــل Internalizing disorders ، والقلق / الانطواء أو الضبط / التحكم الزائد ، أو مشكلات الشـــخصية (أشـــنباك Achienbach ، ١٩٨٢) , ويتميز الطفل الذي يعاني مـــن هـــذه المشـــكلات مـــن الاضطرابات الذاتية بالإضافة إلى بعض الأعراض الأخرى مـــن مثـــل القلـــق ، والإحباط ، والمخاوف المرضيـــة أوالفوبيـــا ، والـــهلع ، والانضبـــاط الزائـــد ، والانطواء، والكوابيس أثناء النوم، وبعض المشـــكلات الصحيـــة مثـــل الـــدوار (الدوخة) والصداع ، والبكاء المتكرر، والخجل الزائد .

وهناك تصنيف أساسي ثاني يعرف بعدة مصطلحات منها : المشكلات الموجهة للخارج Externalizing، السطحية ، والتبرير، وعدم الانضباط ، وسوء التوافق الاجتماعي، أو الاضطرابات الأخلاقية، وغالباً ما يمارس الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الأخلاقية سلوكيات من قبيل العناد، والكذب ، والسرقة ، والعدوان ، والعنف، والتخريب ، والانحراف الجنسي ، وعدم الشعور بالذنب .

ولكن تبقى بعض التساؤلات حول الحاجة إلى مزيد من التمييز المهم بين مشكلات التبرير التي ترجع أساساً إلى اضطرابات عقلية وعصبية وتلك التي ترجع إلى الاضطرابات الاجتماعية (ريفز وآخرون Reevs et al ،١٩٨٧ ؛ ويرى وآخرون ، Werry , at al ، ١٩٨٧] . وسوف نناقش هذا التمييز في الفصل الخامس من هذا الكتاب، ورغم ذلك فإن نتائج البحوث تشير إلى الحاجة لمزيد من التمييز بين مشكلات الشخصية والاضطرابات الأخلاقية .

وهناك مجموعة ثالثة من المشكلات التي يمكن أن يتلازم حدوثها معاً وتشمل أعراض عدم التواصل، والسلوكيات النمطية ، واضطرابات الإدراك الحسي سواء السمعية أو البصرية رغم سلامة تلك الحواس، وسلوك الاستثارة الذاتية ، وسلوك إيذاء الذات، والإخفاق في اجتياز ما نتوقعه من الطفل في كثير من مراحل النمو. ومن الواضح أن مثل هذه السلوكيات تختلف كثيراً عن تلك السلوكيات المذكورة ضمن الصنفين الآخرين ، وهي تماثل إلى حد كبير ما أطلق عليه قديماً " ذهان الطفولة Childhood Psychoses " .

بيد أن هناك بعض المشكلات التي قد تنشأ من جراء استخدام تلك التصنيفات الممتدة إو غير المحددة، تتمثل في أنه ربما تحدث تغيرات كبيرة لدى أحد الأطفال ويتم حجبها مما يؤدي إلى إهمال ما يتعرض له من اختلافات حقيقة،

ومع ذلك فإذا أخذنا في الاعتبار أن الأطفال هم بشر ليس بالضرورة أن تتوافق سلوكياتهم دائماً مع توقعاتنا النظرية منهم، فإنه يبقى من المفيد تنظيم تفكيرنا حيال مشكلات الطفولة في ثلاثة تصنيفات كبيرة نطلق عليها هنا مشكلات الشخصية ، والاضطرابات الأخلاقية ، والاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) ، ومن ثم يتم مناقشة النماذج المختلفة للاضطرابات في ضوئها. وفي النهاية يجب أن نتذكر دائماً أننا في المجال التربوي يتعين علينا أن نحسن استخدام أساليب التصنيف بما يساعد على مواجهة الحاجات الخاصة لمختلف الأطفال .

قضايا وأهداف تربوية

نظراً للاختلافات الجوهرية بين مشكلات الشخصية ، والاضطرابات الأخلاقية، والاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) ، فإنه لابد وأن توجد اختلافات كبيرة أيضاً في الأهداف والبرامج التربوية لهؤلاء الأطفال , ولا يكفي أن يعرف المعلم بوضوح الاحتياجات، والخصائص المزاجية ، وأنماط السلوك ، والخلفية الأسرية لهؤلاء الأطفال فحسب، وإنما يجب أن يلم أيضاً بما يوجد لديهم من فروق في الخبرات وغيرها من المتغيرات المرتبطة ببيئتهم، فضلاً عن ضرورة أن يدرك المعلم بوضوح كيفية تأثير طرق تقديم الخدمات التربوية والاجتماعية على حياة الأطفال .

الأطفال والمراهقون ذوو مشكلات الشخصية Personality Problems

غالباً ما يتم إهمال احتياجات الأطفال الذين يعانون من مشكلات الشخصية في النظم التربوية المعاصرة ؛ نظراً لأنهم لا يسببون مشكلات كبيرة للآخرين،

فهم لا يمارسون سلوكيات تتصف بالتخريب أو الجـراة وهـم لا يسـرقون ولا يكذبون أو يسبون أحداً، وهم غير منحرفين جنسياً . وباختصار فهؤلاء الأطفال لا يسببون إزعاجاً للزملاء أو المعلمين أو إدارة المدرسـة , ومـن ثـم يفتقـدون الخدمات التربوية رغم أنهم في الواقع قد يمثلون نسبة ما بيـن ٨-١٠% مـن مجموع الأطفال (وكالة الصحة النفسية للأطفـال Joint Commission on Mental Health of Children ، ١٩٧٠)، بالإضافـة إلـى أن الأطفـال ذوي اضطرابـات الشخصية يعتبرون ضمن الأطفال المضطربين سلوكياً طبقـاً للقـانون الأمريكـي ٩٤-١٤٢ الذي ينص على توفير التربية لجميع الأطفال (الكونجرس الأمريكي ، ١٩٧٥) . ويُعرف هذا القانون الاضطرابات الانفعالية الخطـيرة (الاضطرابـات السلوكية) بأنها تشمل عدم القدرة على التعلم التي لا ترجع أساساً إلـى عوامـل عقلية، أو حسية أو غيرها من الاضطرابات الصحية، وعدم القدرة علـى إقامـة علاقات مثمرة مع الآخرين ، والسلوكيات أو المشاعر غير المرغوبة ، والشـعور الشديد بالإحباط أو عدم السعادة ، والأعراض البدنيـة للخـوف التـي ترتبـط بالمشكلات الشخصية أو المدرسية .

والسؤال الذي يطرح نفسه الآن في ضوء تلك الحقائق هـو مـا الأهـداف التربوية التي يجب تحديدها للأطفال والمراهقين ذوي اضطرابـات الشـخصية ؟ أولاً: يجب تحديد هؤلاء الأطفال بدقة كفئة تحتاج إلى الخدمات الخاصة، وهو أمـر غير سهل ؛ حيث أن التمييز بين الأطفال الذين يحتاجون إلى الخدمـات الخاصـة وأولئك الذين يتعرضون لبعض المشكلات البسيطة أثناء نموهم العادي قد يكـون أمراً صعباً في الواقع . فقد أوضحت الأبحاث أن معظم الأطفال يتعرضون لفـترات من الخوف ، أو الحزن ، أو الإحباط ، أو الخجل أو اضطراب العلاقات الإنسـانية مع الآخرين (لابوس ومونك Lapouse & Monk، ١٩٥٨ ؛ ١٩٦٤ ؛ ويري وكوي Werry & Quay ، ١٩٧١ ؛ باور Bauer ، ١٩٧٦) . وسوف نتعرض لأساليـب

التعرف الدقيق على هؤلاء الأطفال خلال الفصل الثالث بشيء من التفصيل؛ نظراً لأهميته الكبيرة في تحديد الأهداف والبرامج التربوية المناسبة لهم .

ثانياً : يجب أن يؤدي التعرف على هؤلاء الأطفال إلى برامج التدخل المناسبة التي تساعدهم على تنمية المهارات الشخصية ، ومهارات التكيف، والثقة بالنفس التي تحقق أقصى مستوى من النمو لهم . وهناك فنيات كثيرة يمكن أن يطبقها المعلم في غرفة الدراسة أو بالتعاون مع الوالدين . وفي بعض الحالات قد تكون الخدمات اللازمة للأطفال خارج نطاق الخدمات التربوية أو قدرة المعلم (وود Wood ، ١٩٨٥) . فقد يحتاج بعض الأطفال مثلاً إلى التدريب على مهارات معينة، أو الإرشاد ، أو العلاج النفسي الذي يجب أن يقوم بها اختصاصيون خارج غرفة الدراسة . وفي جميع الأحوال يجب تحويل عملية التقييم والتعرف إلى استراتيجيات تدخل مفيدة لهؤلاء الأطفال كي تصبح ذات معنى .

ثالثاً : من المهم أن تكون نظم الإدارة التربوية إيجابية حيال مواجهة احتياجات هؤلاء الأطفال من خلال برامج مناسبة للتدريب سواء قبل تقديم الخدمات أو أثناء ذلك ، وكذلك برامج الفرز والتعرف ، وعبر خدمات التدخل في المدرسة ، وبالتعاون مع الأسرة ، وكذلك التنسيق مع المتخصصين خارج المدرسة لمواجهة الحاجات الخاصة لكل طفل . وعلى المستوى الإداري يجب أن تحاول المدارس تنظيم المصادر الإنسانية ، والتقنية ، والمالية ، والمادية ، والمعلوماتية ، بأسلوب يساعد على تحقيق عملية التعرف والتدخل بصورة مناسبة . (ماهر وبينيت Maher & Bennett ، ١٩٨٤) .

وأخيراً : يجب أن تكون عملية تقييم ومراجعة البرامج جزءاً أساسياً مكملاً للعملية التربوية للأطفال ذوي اضطرابات الشخصية . وكما هو الحال في مختلف مجالات التربية الخاصة ؛ فإن تقييم البرنامج يحتل أهمية كبيرة بالنسبة للأطفال ذوي اضطرابات الشخصية ؛ نظراً لأنها تعد برامج حديثة نسبياً مقارنة ببرامج الخدمات المقدمة لبعض الإعاقات الأخرى .

الأطفال والمراهقون ذوو الاضطرابات الأخلاقية Conduct Disorders

على العكس من الأطفال ذوي الاضطرابات الشخصية فغالباً ما يتم التركيز على الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية نظراً لما يسببونه من إزعاج للزملاء ، والمعلمين، والوالدين ، وغيرهم ممن يتعاملون معهم من أفراد المجتمع . وبرغم أهمية التعرف الدقيق على هؤلاء الأطفال إلا أن تلك العملية تتخذ شكلاً مختلفاً عن الفئات الأخرى . ونظراً لأنهم يمارسون سلوكيات تزعج الآخرين فغالباً ما يواجهون بردود فعل عقابية أو تأديبية ممن يتعاملون معهم (وود Wood ، ١٩٧٩) . وغالباً ما يميل المتخصصون إلى تحري الدقة والشمول في التعرف على الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية ، كما يحاولون إبعادهم عن غرف الدراسة العادية ووضعهم في فصول خاصة تجنباً لما يسببونه من إزعاج لا يطاق. ومن جهة أخرى فهناك ضغوط ثقافية وسياسية قوية لاعتبار هؤلاء الأطفال عاديين ولا يحتاجون إلى خدمات خاصة (كوفمان Kauffman ، ١٩٨٤). فقد يكون سلوكهم إرادياً ويخضع لعوامل ضبط داخلية ومن ثم فهم لا يحتاجون إلى برامج تدخل خاصة . بيد أن هناك اتجاهات متواترة لاعتبار أن هؤلاء الأطفال يخفقون في الدراسة بسبب أخطائهم، ورغم أنهم قد يكونوا مسئولين عن سلوكياتهم إلا أنه يجب إبعادهم عن غرف الدراسة العادية .

ولكن بعد التعرف على الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية ، كيف نعمل معهم بفاعلية ؟ ، وما الأهداف التربوية الأساسية لهم ؟ ، وأين نعمل معهم ؟ . تعد مثل هذه التساؤلات المعقدة موضع خلاف ومثار جدل بين العاملين في مجال التربية الخاصة وفي الإدارة التربوية .

نحن مع وجهة النظر القائلة بأن التدخل التربوي مع الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية يجب أن يشمل عناصر نفسية ، واجتماعية ، وأكاديمية في نفس الوقت ، فمن الواضح – سواء من الخبرة التربوية أو من نتائج البحوث – أن هناك احتمالاً ضعيفاً للتقدم الأكاديمي لأطفال تتسم سلوكياتهم وانفعالاتهم بالإزعاج، والاضطراب، وكثرة الصراعات؛ فهم يسببون إرباكاً ، وإحباطاً، وغضباً لأقرانهم ولمعلميهم، وقد نجدهم يكرهون أنفسهم أحياناً . وبالتالي فمن الصعب أن تتم عملية التعلم في ذلك المناخ المليء بالتوترات، ولا مفر من تجنب حقيقة أنه يتعين على المعلمين وغيرهم من العاملين بالمدارس التعامل مباشرة وبصورة فورية مع المشكلات الشخصية والإنسانية التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال . ورغم أنه يجب على المتخصصين في مجال الصحة النفسية التدخل لمواجهة جزء من تلك المشكلات، إلا أن العبء والمسئولية الأكبر ما زالت تقع على المعلم كي يعمل على تحقيق النمو الانفعالي والسلوكي لهؤلاء الأطفال وكذلك تحسين علاقاتهم مع الآخرين .

وفي الوقت الذي تقع فيه على المعلم مسئولية أساسية تتمثل في تعليم الأطفال المهارات المعرفية والأكاديمية الضرورية لمواجهة متطلبات الحياة والنمو بصورة مناسبة في المجتمع ، فيجب عليه أيضاً أن يهيئ البيئة التربوية المناسبة لتحقيق النمو الشخصي المتكامل للطفل جنباً إلى جنب مع نموه الأكاديمي .

وأخيراً يجب أن يتم إنجاز تلك المهام المعقدة في بيئة تربوية لا تبعد أو تختلف كثيراً عن البيئة التربوية العادية قدر الإمكان ، فالأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية لا يجب أن يعيشوا بمعزل عن بقية أفراد المجتمع خلال مراحل نموهم ، سواء في الطفولة أو المراهقة، فضلاً عن أنه لا يجب تعليمهم بمعزل عن أقرانهم العاديين إلا في حالات الضرورة القصوى كي تتاح لهم فرص تنمية المهارات الانفعالية ، والسلوكية ، والمعرفية اللازمة لمواجهة متطلبات الحياة اليومية .

الأطفال والمراهقون ذوو الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) Pervasive Developmental Disorders

تختلف القضايا التربوية التي تنشأ عند العمل مع الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العامة عن تلك التي سبقت مناقشتها سالفاً ، ففي معظم الأحيان يتعرض هؤلاء الأطفال لاضطرابات شديدة في الأداء العقلي ، والمعرفي ، والانفعالي لدرجة تجعل مهمة المعلم تنصب أساساً على إيجاد الطرق المناسبة للتواصل معهم ، كما تحتل عملية تعليمهم مهارات الحياة اليومية، والعناية بالذات ، والتواصل والتحكم في أعضاء الجسم والسلوك أهمية كبيرة تفوق تعلم الخبرات الأكاديمية التقليدية، وغالباً تقدم لهم خدمات التربية الخاصة في صورة تدريب ورعاية مركزة في أماكن معدة ومحمية بعناية فائقة ، وغالباً يصعب دمجهم في المدارس العادية .

تقييم التربية الخاصة للأطفال

والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية

يعد تقديم برامج التربية الخاصة للأطفال المعوقين حديثة العهد إلى حد كبير من وجهة النظر التاريخية . فقد كان ينظر إلى هؤلاء الأطفال نظرة غير إنسانية قبل القرنين التاسع عشر والعشرين، وكان يتم التمييز بين الأطفال وفقاً لخلفيتهم الدينية ، أو السياسية ، أو الاقتصادية ، ومن ثم يعاملون وفقاً لأهمية وضعهم الأسري والاجتماعي . لذلك نجد الناس في مدينة إسبرطة الإغريقية مثلاً يفضلون الطفل الشجاع، الجرئ الذي يصلح للحياة العسكرية . أما الأطفال المعوقين فيصبحون لا قيمة لهم بالنسبة للمجتمع لأنهم لا يحققون أهدافه. وبالمثل ففي المجتمعات الزراعية وتلك التي تضم صناعات بدائية كان يتم تقدير الطفل في ضوء قدرته على تحقيق الأمن الاقتصادي للأسرة ، فكلما زاد عدد الأطفال لدى الأب المزارع زادت مساحة الأرض التي يستطيع زراعتها ومن ثم يزداد دخل الأسرة ويرتفع مستوى معيشتها .

ونظراً لما يعانيه الأطفال المعوقين – من مختلف الفئات – من أوجه قصور فإنهم يصبحون أقل قيمة اقتصادياً ، وكان ينظر إليهم باعتبارهم أعباء على أسرهم ومجتمعاتهم. وإذا لم يستطيع أحد تسخيرهم أو الاستفادة من إعاقتهم فعندئذ يتركون لرعاية أنفسهم أو يواجهون مصيرهم القاسي في الحياة ، أو قد يعطف عليهم بعض أصحاب القلوب الرحيمة ، ويرعاهم باعتبارهم مخلوقات بشرية تستحق الحياة بغض النظر عن ظروفهم الخاصة. ويبدو أن مساعدة هؤلاء الأطفال قد تمت على يد بعض الكرماء أو في المجتمعات المتدينة ، بيد أنه لم تكن هناك تنظيمات اجتماعية معينة لمواجهة حاجاتهم الخاصة . ويبدو أيضاً أن معظم

الخدمات كانت تقدم لمن لديهم إعاقات واضحة يمكن فهمها والتعامل مع أصحابها مثل المعوقين بصريا والمعوقين حركياً .

ومع ذلك فلم يحصل الأطفال ذوي المشكلات الانفعالية والسلوكية على خدمات تذكر سواء فيما يختص بمحاولة فهم طبيعة مشكلاتهم ، أو مساعدتهم على تجاوزها سواء من القادرين أو المجتمع ككل . وبدلاً من ذلك فقد كان ينظر إليهم باعتبارهم غير صالحين اجتماعياً ، وغير قادرين على تحمل مسئولية أنفسهم نظراً لمخاوفهم الشديدة وما يتعرضون له من إحباط مستمر ، كما أنهم غير قادرين على الالتزام بالقيم والمعايير الاجتماعية، وهم أكثر عرضة للاضطرابات النمائية بسبب الأرواح الشريرة التي تتملك أجسادهم ، وبالطبع فلم تشيع مثل هذه النظرة لدى جميع الأفراد (كوفمان Kauffman ، ١٩٧٩) . ولكنها كانت النظرة السائدة التي طغت على المؤسسات الاجتماعية والسياسية في ذلك الوقت .

الجهود المبكرة

لقد تركزت الجهود التربوية المبكرة في مساعدة الأطفال المعوقين على من لديهم إعاقات واضحة يمكن تحديدها بسهولة ، وقد أدت الروح الفكرية التي قادت التغيرات الاجتماعية ، والسياسية ، والعلمية الكبيرة خلال النصف الأول من القرن التاسع عشر إلى تزايد التركيز على الجانب الإنساني في تحسين مستوى معيشة الأطفال المعوقين . وقد شهد النصف الثاني من القرن التاسع عشر جهوداً إنسانية وشجاعة في توفير الرعاية التربوية للأطفال المعوقين سمعياً، وبصرياً ، وعقلياً . ولعل الدارسين في مجال التربية الخاصة يعرفون جيداً أسماء جين مارس إتارد ، وأدوارد سيجون ، وصاموئيل جرادلي هاو ، وتوماس جالوديت ، ووالتير فيرنالد، وماريا منتسوري . لقد أعطى هؤلاء الرواد وطلابهم دفعة كبيرة من التقدم لهذا

المجال من خلال المفاهيم التربوية وأساليب التدخل التي قدموها . والأهم من ذلك فقد كانت جهودهم دليلاً عملياً على أن التدخل التربوي يمكن أن يسفر عن تأثيرات إيجابية في مساعدة الأطفال المعوقين على الأداء المنتج رغم إعاقاتهم .

ولسوء الحظ فإن تلك الخطى الواسعة في المجال لم تشمل الأطفال ذوي اضطرابات الشخصية، أو الاضطرابات الأخلاقية ، أو الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) . فقد تميزت الاتجاهات الاجتماعية نحو هؤلاء الأطفال باللوم وعدم التعاطف معهم . وقد أتت التغيرات في هذا المجال متفرقة وبطيئة، وفي الغالب من قبل نظام قضايا الأحداث، والأحكام الخاصة بحالات معينة ، والمتخصصين في مجالات علم النفس والطب النفسي ، وليس من المجالات التربوية أو التشريعية .

ويبدو أن المحاولات الأولى لرعاية الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية في التعليم العام تتمثل في " فصول العَلَم Streamer Classes " بمنطقة نيوهافين بولاية كونيتكت الأمريكية عام ١٨٧١م ؛ حيث تم تجميع هؤلاء الأطفال مع أقرانهم المعوقين عقلياً، والمهاجرين ممن لا يتحدثون الإنجليزية في هذه الفصول . ومع ذلك فإن هذه الفصول تمثل اعترافاً اجتماعياً بإمكانية إخضاع الاضطرابات السلوكية – التي قد تعكس اضطرابات الطفولة– للتدخل أو العلاج من قبل المتخصصين .

وهناك محاولة رائدة أخرى للتعرف على المشكلات النفسية لدى الأطفال وعلاجها تتمثل في أول عيادة لتوجيه الأطفال التي أسسها ليتنر ويتمر Lightner Witmer بجامعة بينسلفانيا عام ١٨٩٦م. وفي عام ١٨٩٩ أسفرت جهود الإصلاح الاجتماعي لكل من جون بيتر ألتجليد وجوليا لاتروب John Peter Altgeld & Julia Lathrop عن إنشاء أول محكمة للأحدث بالولايات المتحدة الأمريكية . وبدلاً من الحكم بإلصاق مسئولية ارتكاب الجرائم بالأقليات ، فإن محكمة الأحداث

تعمل كمحكمة عليا تتحمل مسئولية التأكد من تحقق العدل بين الأطفال كما تقضـي بكيفية رعاية شئونـهم. فالحكم بالبراءة ، أو الإثم ، أو العقاب تأتي في مرتبة ثانية بعد التفكير والتخطيط لتحقيق أفضل مستوى من النمو لهؤلاء الأطفال . وفي عـلم ١٩٠٩ أسس ويليم هيلي William Healy معهد الأحداث المضطربين عقليـاً فـي شيكاغو ، وقد تركزت مهمته في علاج الأطفال الذين ترعاهم محكمة الأحداث .

وقد استمرت حركة إرشاد الأطفال في التقدم خلال العشرينيات والثلاثينيـات من القرن العشرين حيث انصبت الجهود على محاولة فهم ومساعدة الأطفال الذين يعانون من المشكلات النفسية ولكن دون دعم تشريعي . وقد استمر هيلـي فـي جهوده الأساسية الموجهة نحو فهم وعلاج المشكلات الأخلاقية حتى عـلم ١٩٤١ حيث حاول استخدام بعض خصائص نظام البورستال البريطـاني British Borstal system في علاج مشكلات الأطفال والمراهقين مما عرضه للتصادم مـع القـانون (هيلي وإلبر Healy & Alper ، ١٩٤١) وقد أسفرت هذه الجهود عن ظهور حركات حقوق الشباب – خلال الاربعينات والخمسينات – التي دفعت كثيراً من الولايـات وكذلك الحكومة الفيدرالية إلى وضع بعض نماذج التشريع التي تؤكد على تقديـم الخدمات التربوية والنفسية لهؤلاء الأطفال بدلاً من السجن والعقاب. ويعد التدريب المهني، والعلاج بالعمل ، والعلاج النفسي الفردي، والعلاج الجماعي بعض تلـك المداخل العلاجية ، بالإضافة إلى محاولة الأخذ في الاعتبار الظروف البيئية التـي يعيش فيها الطفل فيما يسـمى " العـلاج البيئـي" Theraputic Milieu (بولسـكي Polsky، ١٩٦٢) , ومع منتصف القرن العشرين ظهر التوجه نحو دراسة تـأثير البيئة على الإنسان ومن ثم وجه الأنظار إلى إمكانية حـدوث السـلوك المضـاد للمجتمع لدى الأطفال والمراهقين بسبب الظروف البيئية أو العلاقات البشـرية أو كلاهما (ريتشاردز Richards ، ١٩٥١ ، ص ٢٤٣).

وخلال نفس الفترة أيضاً كان المربون والمفكرون يدركون الحاجة إلى مزيد من الخطط التربوية والعلاجية للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، وقد تعالت أصوات كثير من المربين منادية بحقوق هؤلاء الأطفال , (كوفمان ، ١٩٧٩) ، وكان بعض المربين قد أدركوا تعقيد عملية تصنيف مشكلات الطفولة خلال الثلاثينات، كما طالبوا بضرورة التمييز الدقيق بين الاضطرابات الأخلاقية ومشكلات الشخصية التي سبق مناقشتها في هذا الفصل ، فضلاً عن ضرورة دراسة حالة كل طفل على حدة في ضوء مختلف الظروف البيئية المحيطة به (باكر وستولكين Baker & Stullken ، ١٩٣٨) . بيد أن تلك الآراء والجهود ظلت متفرقة وغير منظمة .

القانون الأمريكي العام ٩٤-١٤٢

يعد القانون الأمريكي ٩٤-١٤٢ (الذي صدر عام ١٩٧٥ وينص على توفير التربية لجميع الأطفال المعوقين) أول تشريع ينص على ضرورة مراعاة الحاجات الخاصة للأطفال ذوي اضطرابات الشخصية ، أو الاضطرابات الأخلاقية ، أو الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة). ويتركز الهدف الأساسي لهذا القانون في التأكيد على تقديم رعاية تربوية مجانية لجميع الأطفال المعوقين ، وما يهمنا هنا هو تأكيد القانون على ضرورة مواجهة الحاجات الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة . وقد نص هذا القانون على ضرورة حصول جميع الأطفال المعوقين على الخدمات التربوية المناسبة لهم ، وضمان جميع حقوقهم التربوية ، ووضعهم في بيئات تربوية أقل تقييداً لحريتهم تتناسب مع حاجاتهم الخاصة، وعدم التمييز بينهم – أو التحيز ضدهم _ وبين غيرهم من الأطفال أثناء

القياس والتقييم، وكذلك استخدام الخطط التربوية الفردية معهم. ويتعين على المدارس العامة إعداد خطط التدريب اللازمة للمعلمين للتأكد من إمكانية مواجهة الحاجات التربوية الخاصة لهؤلاء الأطفال في إطار التعليم العادي، أو التعاقد مع الوكالات الخاصة التي تساعد في تقديم ما يحتاجه الأطفال المعوقين من خدمات أثناء تواجدهم بالمدارس العادية . وقد تم إعداد مذكرة تفصيلية بتلك الخدمات وتوزيعها على الولايات المختلفة، مع توفير الدعم المالي اللازم لمساعدة المدارس على تنفيذها. ورغم وجود بعض الأشياء التي يتضمنها القانون ٩٤-١٤٢ التي ما زالت بحاجة إلى تنفيذ ، إلا أنه أعطى دفعة قوية وحفز الجهود إلى تقديم الخدمات المناسبة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة بصورة تفوق كثيراً ما يمكن أن تفعله أي تشريعات فردية أخرى .

ومع ذلك فقد تعرض القانون ٩٤-١٤٢ لأوجه نقد كثيرة خاصة في تعريفة للاضطرابات الانفعالية الشديدة وما صاحبه من إرباك وجدل كبير. وقد عرف القانون هذه الاضطرابات بأنها :

"أي حالة تبدي واحدة أو أكثر من الصفات التالية عبر فترة طويلة من الزمن بدرجة ملحوظة ، وتؤثر سلباً على مستوى الأداء الأكاديمي للفرد: أ- عدم القدرة على التعلم التي لا ترجع إلى عوامل عقلية ، أو جسميه أو صحية ؛ ب- عدم القدرة على إنشاء علاقات مثمرة مع الأقران والمعلمين وتدعيمها ؛ جـ- ممارسة سلوكيات أو مشاعر غير مرغوبة في ظل الظروف العادية ؛ د- الشعور بعدم السعادة أو الإحباط بصورة مستمرة (تعكر المزاج) ؛ هـ- الميل للتعرض للاضطرابات الصحية أو المخاوف المرضية عند مواجهة المشكلات الشخصية أو الاجتماعية" (سجل الحكومة الفيدرالية Federal Register، ١٩٧٧ ، ص ٤٢٤٧٨) .

وقد حدث جدل حول هذا القانون نتيجة غموض تعريف الاضطرابات الانفعالية الشديدة (وود Wood ، ١٩٨٥) ، فبينما يتضمن القانون تقديم خدمات خاصة للأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة نجده لا ينص صراحة على تقديم خدمات تربوية للأطفال الذين مارسوا سلوكيات تعبر عن سوء التوافق الاجتماعي ، بيد أنهم لا يعتبرون ضمن ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة (شولز وتورنبول Schulz & Tarnbaull، ١٩٨٣) .

وفي الواقع فإن القانون ٩٤-١٤٢ ينطوي على غموض فيما يتعلق بالمصطلحات الشائعة بين الباحثين والمتخصصين في المجال كما سبق أن ذكرنا في الفصل الحالي. لذلك قد يدّعى بعض المتخصصين أن سوء التوافق الاجتماعي لا يمكن أن يحدث بمعزل عن الاضطرابات الانفعالية بدرجة ما ، بينما يرى آخرون أن المصطلحين يشيران إلى نوعين مختلفين من المشكلات التي يمكن أن تحدث بصورة مستقلة عن بعضها ، وللأسف لم تنجح النظم التي طبقت هذا القانون في توضيح تلك القضايا ، وبدلا من ذلك فقد أثيرت تساؤلات أخرى . فقد أدى غموض التعريف في القانون ٩٤-١٤٢ مثلا إلى مزيد من التساؤلات حول حقيقة نية الكونجرس في دعم ذلك القانون والعمل على تنفيذ بنوده أو شروطه بصورة مناسبة (وود Wood ، ١٩٨٥) .

وهناك جدل آخر أثير حول شمول التعريف الفيدرالي لمشكلة التوحد Autism، فرغم أنها كانت تصنف سابقاً مع فصام الشخصية Schizophrenia ، إلا أنها تصنف حالياً ضمن صنف يطلق عليه الإعاقات الصحية الأخرى Other Health Impaired ، وسوف يتضمن الفصل السادس من هذا الكتاب القضايا المتعلقة بهذا الجدل .

وفي عام ١٩٨٥ تقدمت اللجنة التنفيذية لرابطة الأطفال المضطربين سلوكياً بورقة طالبت فيها بشدة ضرورة استخدام مصطلح " المضطربون سلوكياً " بدلاً من مصطلح الاضطرابات الانفعالية الشديدة في القانون ٩٤-١٤٢ (هونتز Huntza ، ١٩٨٥) . وقد بررت اللجنة ذلك بأن مصطلح الاضطرابات السلوكية يتميز بأنه : (١) لا ينطوي على الغموض والارتباك النظري والتطبيقي كما هو الحال في مصطلح الاضطرابات الانفعالية الشديدة؛ (٢) يسمح بمزيد من الشمول والموضوعية عند تقييم الأطفال ؛ (٣) أقل وصمة للطفل ؛ (٤) أكثر تمثيلاً لنوعية مشكلات الأطفال التي تقدم لها خدمات فعلية بالمدارس حالياً ؛ (٥) أكثر مساعدة للمتخصصين ممن يميلون إلى استخدام أسلوب ملاحظة السلوك كوسيلة للتقييم والتدخل دون التعارض مع نظم الولايات المختلفة .

وسوف نشير دائماً في هذا الكتاب إلى المصطلحات المختلفة التي أسفرت عنها نتائج البحوث ، ثم نتبع ذلك بالإشارة إلى توصيات اللجنة التنفيذية لمجلس الأطفال المضطربين سلوكياً في هذا الصدد؛ بما يساعد الدارسين على بلورة وجهة نظر متكاملة حيال ذلك الموضوع . ونظراً لشمول مصطلحي الاضطرابات السلوكية ، أو المضطربين سلوكياً فإنهما يستخدمان للإشارة إلى نطاق كبير من مشكلات الطفولة ، منها تلك المشكلات التي نص عليها القانون ٩٤-١٤٢ ، ومن المهم أن نلاحظ أوجه الشبه الكبيرة بين التعريف الموجود بهذا القانون وذلك الوصف الذي سبق استعراضه تحت مسمى المشكلات الذاتية أو مشكلات الشخصية . كما يتضمن مصطلح الاضطرابات الأخلاقية ما سبق أن وصفناه تحت مسمى المشكلات الموجهة للخارج أو التبرير ، وتشمل ما يطلق عليه في الغالب سوء التوافق الاجتماعي. وهكذا سوف يستخدم مصطلح مشكلات الشخصية للإشارة إلى المشكلات ذات التوجهات الداخلية في طبيعتها الأساسية، كما

سيستخدم مصطلح الاضطرابات الأخلاقية للإشارة إلى المشكلات ذات التوجهات الخارجية Externalizing أساساً في ذلك. وأخيراً فإن مصطلح الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) يستخدم للإشارة إلى نطاق واسع من الاضطرابات السلوكية ؛ تلك التي تعوق عملية اتصال الطفل بالواقع (التواصل مع البيئة) ؛ مثل فصام الطفولة والتوحد .

خلاصة القول أن مصطلح الاضطرابات السلوكية يعد مصطلحاً شاملاً يتضمن مشكلات الشخصية، والاضطرابات الأخلاقية، والاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) ، التي تختلف عن بعضها بصورة واضحة سواء من حيث الخصائص المصاحبة لكل منها، أو أسبابها، وأساليب التدخل المناسبة لكل منها بحيث نحتاج إلى مناقشة كل صنف منها على حدة بصورة مستقلة، وسوف يتضمن الباب الثاني من هذا الكتاب مناقشة كل مجموعة من مشكلات الطفولة بصورة أكثر تفصيلاً .

النماذج التربوية للأطفال المضطربين سلوكياً

إن توفير الرعاية التربوية المناسبة للأطفال المعوقين في أقل البيئات تقييداً لحرياتهم يعد من الشروط الأساسية التي نص عليها القانون الأمريكي ٩٤-١٤٢. وهذا المدخل التربوي لم يسبق أن نُص عليه تاريخياً قبل صدور هذا القانون . فقد كان من المألوف استبعاد الأطفال ذوي الحاجات الخاصة من البيئة التربوية، أو تجميعهم في معاهد داخلية أو مدارس نهارية، أو فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية دون مراعاة لمدى ملاءمة تلك البيئات التعليمية لهم. وفضلاً عن الوصمة الواضحة المصاحبة لذلك العزل فقد كانت تقدم لهم برامج تربوية

هزيلة لم ترقى إلى تعليمهم المهارات اللازمة لمواجهة أعباء التعامل مع متطلبات الحياة اليومية، أو ضبط النفس والتفاعل بكفاءة مع الآخرين، أو استثمار طاقاتهم بصورة أفضل .

ورغم أننا ندرك جيداً – منذ عدة سنوات – حاجة الأطفال المعوقين حسياً، وعقلياً، وبدنياً إلى بيئة تربوية مناسبة لبعض الوقت ، فإن هذا الأمر لم يكن بذلك الوضوح بالنسبة للأطفال المضطربين سلوكياً . فلم تكن هناك برامج تربوية خاصة لهؤلاء الأطفال ضمن نظام التعليم العام حتى عهد قريب جداً؛ وغالباً ما كان يتم إهمال الأطفال ذوي اضطرابات الشخصية في المدارس العامة بحجة التركيز على أنواع أخرى من المشكلات الأكثر وضوحاً . ونظراً لأن هؤلاء الأطفال كانوا يعانون في صمت، فنادراً ما كانت تقدم لهم أي خدمات تربوية في الماضي . بيد أنه لوحظ ارتفاع معدل الجرائم والاضطرابات النفسية والاجتماعية بين الأطفال خلال السنوات الأخيرة بدرجة كبيرة، مما أدى إلى توجيه مزيد من الانتباه إلى الأطفال الذين يصارعهم القلق، والخوف، والإحباط، ومع ذلك فإن مثل هذه الاضطرابات تشكل نسبة ضئيلة من مشكلات الشخصية التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد صغاراً كانوا أم كباراً .

وعلى العكس من ذلك فقد جذب الأطفال ذوو الاضطرابات الأخلاقية انتباه المربين بدرجة أكبر، ولكن ليس بالأسلوب التربوي المنشود . فغالباً ما كان يتم إبعاد هؤلاء الأطفال عن العملية التربوية لفترات زمنية متفاوتة أملاً في أن الإقصاء، أو الطرد، أو الوضع في مؤسسات داخلية يمكن أن يزودهم – بطريقة سحرية – بالمهارات التي تمكنهم من الأداء بصور أكثر فاعلية عند عودتهم إلى مدارسهم وزملائهم . ولكن العقاب والمعاملة القاسية لم تسفر عن تأثيرات إيجابية لدى هؤلاء الأطفال ، الذين غالباً ما كانوا يعودون إلى مدارسهم دون تغير سوى بمزيد من مشاعر الامتعاض، والخوف، وعدم القدرة على إقامة علاقات إيجابية مثمرة مع الآخرين .

وفيما يختص بالأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) فقد كان يتم وضعهم في مؤسسات أكثر تقييداً لحريتهم (محمية) أو في مدارس خاصة بمعزل عن أقرانهم العاديين . وكان يتم ضبط هؤلاء الأطفال سواء بالقيود أو بالعقاقير الطبية دون بذل محاولات تذكر لتنمية مهارات التواصل والتفاعل لديهم بما يمكنهم من الأداء بمستوى مرتفع من الفاعلية والاستقلالية. ونظراً لحدوث تغيرات كبيرة في المداخل التربوية للأطفال ذوي الاضطرابات النفسية ، لذلك أصبحت هناك حاجة ملحة لإعادة التفكير في أساليب التدخل والبيئة التربوية الأكثر ملاءمة لهؤلاء الأطفال .

وجدير بالذكر أن القضية الأساسية في توفير الوضع التربوي المناسب للأطفال ذوي الحاجات الخاصة؛ تكمن في مدى ملاءمة ذلك الوضع لقدراتهم وحاجاتهم الخاصة مع تكامله قدر الإمكان في نظام التعليم العام . وقد اقترح رينولدز ودينو تنظيماً متعدد المستويات لتقديم الخدمات التربوية لهؤلاء الأطفال أطلق عليه " النموذج الهرمي للخدمات التربوية " (دينو Deno ، ١٩٧٠ ؛ رينولدز Reynolds ، ١٩٦٢، ١٩٧٦) .

وفي هذا النموذج نجد أن غرفة الدراسة العادية تمثل أقل البيئات تقييداً لتقديم خدمات التربية الخاصة. وتتدرج التعديلات الإضافية لتقديم الخدمات من الخدمات الاستشارية للمعلم العادي من خلال المعلم المتجول أو معلم غرفة المصادر ، ثم الوضع في فصل خاص لبعض الوقت ، يليه الوضع في فصل خاص طول الوقت ، وبعد ذلك الوضع في مدرسة خاصة نهارية طول الوقت، وفي النهاية تأتي أماكن الإقامة (المعاهد) الداخلية . ورغم ذلك ففي أي مستوى من هذه المستويات تتمثل القضية المهمة في كيفية تقديم الخدمات الخاصة للأطفال في بيئة أقل تقييداً لحريتهم، وبصورة تتناسب مع حاجاتهم الخاصة ، وفي أقصر وقت لازم لتحقيق الأهداف التربوية الخاصة بكل منهم.

الرعاية التربوية في غرفة الدراسة العادية

تعد غرفة الدراسة العادية أقل البيئات تقييداً بالنسبة لبعض الأطفال المضطربين سلوكياً ؛ حيث يمكن أن يستفيد من هذا الوضع الأطفال الذين لا تختلف سلوكياتهم بصورة ملحوظة عن سلوكيات أقرانهم العاديين، أو بدرجة تعوق عمليات التعلم والنمو سواء لهم أو لأقرانهم ، فلكي يتعلم الطفل جيداً في غرفة الدراسة العادية لابد وأن يكون قادراً على تركيز الانتباه والاستماع لفترات زمنية متصلة، وكذلك إتباع التعليمات سواء التحريرية أو الشفهية المقدمة لجميع الأطفال، فضلاً عن القدرة على ضبط النفس بصورة تمكنه من أداء الواجبات المدرسية، والتفاعل والتعاون مع كل من المعلمين والزملاء بصورة فاعلة .

ولا شك فإن المعلم يمثل العامل الأساسي في مساعدة الأطفال على التعلم في إطار غرفة الدراسة العادية، وذلك من خلال تهيئة عناصر البيئة التربوية بصورة مناسبة ، ووضع ضوابط سلوكية واضحة ، ومرنة ومتسقة، وتتسم بالدفء، والتعزيز، والتشجيع. وقد اتضح أن الأطفال ذوي اضطرابات الشخصية أو الاضطرابات الأخلاقية يمكنهم التعلم – في الغالب – في ظل هذه الظروف البيئية ؛ نظراً لقدرتهم على إدراك العلاقة بين سلوكياتهم وما يترتب عليها أو يقترن بها من أحداث بيئية .

وحيث أن القدرة على التوقع غالباً ما تساعد الطفل على ضبط النفس؛ فإن الطفل الذي يميل للخوف مثلاً يستطيع تنمية الشعور بالقدرة على التحكم في الظروف المصاحبة لمخاوفه أو المقترنة بها ، وبالتشجيع يمكنه تدريجياً مواجهة المثيرات الخارجية وبالتالي ضبط الاستجابات الداخلية المسببة للخوف . وبالمثل فإن الطفل الذي يميل إلى الإحباط يمكنه تعلم كيفية التحكم في مزاجه من خلال

التحكم في الظروف البيئية ذات العلاقة . وهكذا فمن خلال تنمية الشعور بالقدرة على الضبط لدى هؤلاء الأطفال يمكن مساعدتهم على التخلص من مشاعر اليأس التي تجعلنا نهملهم . وبالمثل يمكن مساعدة الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية في تنمية القدرة على إدراك العلاقة بين سلوكياتهم وردود أفعال الآخرين لها ، أو ما يترتب عليها ويقترن بها من أحداث في البيئة الطبيعية المحيطة بهم . إن محاولة الحد من التشويش والارتباك الداخلي والبيئي التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال غالباً ما تساعدهم على خفض السلوكيات غير المرغوبة التي يمارسونها أو التخلص منها .

بيد أنه يصعب على الأطفال المضطربين سلوكياً تنمية مثل هذه المهارات من تلقاء أنفسهم، وإنما يحتاجون إلى مساعدة المعلم الماهر الحساس في هذا الصدد . فضلاً عن أهمية توفير المصادر المادية والبشرية التي تساعد المعلم على مواجهة ما يقابله من مشكلات أثناء العملية التربوية في غرفة الدراسة العادية. ومن المداخل التي أثبتت فاعلية في هذا الأمر توافر المعلمين الاستشاريين أو معلمي غرفة المصادر المتخصصين في التعامل مع أنواع معينة من مشكلات الطفولة ؛ حيث يمكنهم إسداء النصح والمشورة للمعلم أثناء عمله في غرفة الدراسة ، أو العمل مع طفل معين أو مجموعة من الأطفال خارج غرفة الدراسة لفترة معينة خلال اليوم الدراسي (فورنيس وآخرون Forness et al ، ١٩٨٤) . كما يجب أن يكون بوسع المعلم الاتصال بمختلف المتخصصين الذين يمكنهم مساعدته في عمله التربوي من مثل الاختصاصيين النفسيين، والاختصاصيين الاجتماعين، والأطباء .

الرعاية التربوية في فصل خاص سواء لبعض أو طول الوقت

في بعض الأحيان قد يصعب تلبية الحاجات الخاصة للطفل في إطار غرفة الدراسة العادية رغم توافر المساعدة من قبل المعلم الاستشاري أو معلم غرفة المصادر . فقد يصعب على أحد الأطفال التحدث وسط مجموعة كبيرة من الأطفال، بينما قد يصعب على طفل آخر تحمل ما تتضمنه غرفة الدراسة من ضغوط وما تتطلبه من قدرة على التنافس مع الأطفال الآخرين ، وقد يصعب على طفل ثالث التحكم في ميوله العدوانية ومن ثم لا يستطيع التفاعل بأمان مع بقية الأطفال في غرفة الدراسة . وفي مثل هذه الحالات يصبح من الأفضل تعليم الطفل في بيئة أكثر دعماً له ، أو تتيح إمكانية استخدام التعليم الفردي معه، أو أكثر تنظيماً وضبطاً. وقد يستطيع بعض الأطفال التعلم في غرفة الدراسة العادية لبعض الوقت من اليوم المدرسي، بينما يحتاجون إلى بعض التعديلات الخاصة في بيئة التعلم لجزء من اليوم فقط ، في حين نجد بعض الأطفال يحتاجون إلى الالتحاق بفصل خاص طول الوقت لعدة شهور وربما سنوات .

ورغم أنه يوجد نطاق واسع من النظم البديلة للفصول الخاصة (موريس Morse ، ١٩٨٠ ؛ سندلر ودينو Sindelar & Deno ، ١٩٧٨) . إلا أنها جميعا تشترك في هدف واحد مؤداه أن الأطفال المضطربين سلوكياً قد يحتاجون – ولو لفترة زمنية معينة – مزيداً من الاهتمام الفردي، أو مزيدا من الضبط، أو مساعدات المتخصصين التي لا يمكن تقديمها لهم في غرفة الدراسة العادية .

الرعاية التربوية في مدرسة خاصة نهارية

تعد المدرسة الخاصة بيئة تربوية أكثر تقييداً ؛ لأنها تنعزل تماماً عن المدارس العادية حتى من حيث المباني . وتعد مثل هذه المدرسة وضعاً تربوياً مناسبا للأطفال الذين لا يمكنهم الوصول إلى الحد الأدنى من التكيف، سواء من حيث الانتباه ، أو التواصل، أو التفاعل التعاوني مع الآخرين . وغالباً ما تعد لهؤلاء الأطفال برامج تربوية أكثر تركيزا ، واكثر ضبطا، مع التركيز على تنمية القدرة على ضبط النفس والمهارات الأساسية اللازمة للتفاعل والتواصل مع الآخرين . ورغم أن هذا الوضع التربوي قد لا يصلح للأطفال ذوي اضطرابات الشخصية؛ فإنه يعد أكثر ملاءمة للأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الأخلاقية أو الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) .

وتعتبر مدرسة مارك توين Mark Twain بمدينة مونتجومري بولاية ميرلاند الامريكية مثالاً لبرنامج المدرسة الخاصة النهارية (لانيف Laneve ، ١٩٨٠) . وقد تم إعداد هذه المدرسة لمواجهة الحاجات التربوية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة، وهي تقبل الأطفال من المرحلة الابتدائية وحتى المرحلة الثانوية ؛ حيث توفر لهم مجموعة متنوعة من البرامج التربوية والنفسية البديلة . ولا يقتصر عمل المعلم أو المرشد على أساليب التعليم التقليدية فحسب وإنما يقوم بعدة مهام منها وضع خطة تربوية فردية لكل طفل، وتنسيق الخدمات، وإرشاد الطلاب، والعمل مع أولياء الأمور، ومساعدة الأطفال على الانتقال إلى برامج أو أعمال أخرى حسب الحاجة . ويتم ضبط سلوك الأطفال في هذه المدرسة من خلال ما يلي : (١)عدم قبول الأعذار، (٢) إقران السلوك بأحداث طبيعية بدلاً من العقاب، و (٣) عدم الملل من التعامل مع طفل معين أو تحمل سلوكه .

الرعاية التربوية في المدارس الداخلية

تعد المدرسة الداخلية أكثر البيئات التربوية تقييداً ، وهو نظام قد يحتاج إليه بعض الأطفال لمواجهة حاجاتهم الخاصة ، من خلال مستويات عليا من النظام، والتحكم في البيئة التربوية ، وتركيز البرامج وشمولها . وغالباً يصاحب التدخل التربوي مع هؤلاء الأطفال برامج مكثفة لتعديل السلوك، والعلاج النفسي الجماعي، والعلاج الطبي . وغالباً ما تنصب الجهود التربوية على تعليم هؤلاء الأطفال المهارات اللازمة للعناية الذاتية، والتواصل، ومتطلبات الحياة اليومية. ويقيم بهذه المدارس فريق من المتخصصين على مدى ٢٤ ساعة بحيث يمكنه تقديم المساعدة للأطفال في أي وقت سواء من الليل أو النهار، وتشمل البرامج مختلف مجالات حياة الطفل . وتعتبر المدرسة الداخلية بيئة محمية بصورة كلية تم إعدادها لتعليم الطفل المهارات اللازمة لعودته إلى بيئة أقل تقييداً بأسرع ما يمكن، حيث يمكنه التعلم مع مواجهة متطلبات الحياة اليومية في نفس الوقت .

وتعد مدرسة " خبرة العلاج الداخلي للاتزان التربوي " (Therapeutic Risidential Educational Stability) بمدينة أوجوستا Augusta بولاية فيرجينيا الأمريكية مدرسة داخلية لمدة خمسة أيام للمراهقين المضطربين سلوكياً (هوشيرت Heuchert وأخرون ، ١٩٨٠) . ويتم في هذا البرنامج أخذ الطالب بعيداً عن المكان التربوي الذي تعرض فيه لخبرات فشل متكررة ، ثم يوضع في مكان إقامة داخلية يشبه المعسكر ، وفي نفس الوقت يتم العمل مع أولياء الأمور لتدريبهم على المهارات الوالدية اللازمة للتعامل مع أطفالهم بطرق تمكنهم من العودة إلى بيئاتهم التربوية السابقة بصورة أكثر فاعلية. ويتضمن البرنامج خدمات مركزة من الارشاد الفردي والجماعي ، ومناقشات حول توضيح القيم،

وقدر كبير من الخبرات ، والمشاركة في المناسبات الثقافية، والخبرات المهنية ، فضلاً عن الدروس التقليدية . ويستند برنامج هذه المدرسة إلى مفهوم عام مؤداه أن المشكلات لا توجد بطبيعتها داخل الطلاب وإنما تحدث نتيجة تفاعلهم مع بيئتهم. وبالتالي يحاول هذا البرنامج مواجهة المشكلات من خلال تغيير البيئية بالإضافة إلى بعض الأساليب الأخرى، كما يعمل على تغيير مختلف الظروف البيئية أو النظام البيئي الكلي الذي سوف يعود الطفل أو المراهق للتعامل معه .

وسوف تتم مناقشة كل من هذه البدائل التربوية بمزيد من التفصيل في فصول خاصة من هذا الكتاب ، وكذلك مناقشة الحاجات التربوية الخاصة للأطفال والمراهقين من ذوي الاضطرابات السلوكية بأنواعها المختلفة .

التوجه البيئي في رعاية

الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً

إن مناقشتنا للنماذج التربوية بما في ذلك النموذج الهرمي لتقديم الخدمات يعد مدخلاً طبيعياً للتوجه البيئي في رعاية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، ويشير مصطلح " علم البيئة " Ecology إلى ما يوجد من علاقات بين المخلوق وبيئته . وبالنسبة لمجال التربية الخاصة فإن التوجه البيئي يعكس الالتزام بدراسة التأثيرت المتبادلة بين الطفل وبيئته . وقد قام ويليم رودس Willian Rhodes ، (١٩٧٤) بمناقشة النماذج النظرية في مجال التربية الخاصة بصورة شاملة، محاولاً التمييز بين النماذج السلوكية، والسيكوديناميه، والطبية ، والاجتماعية ،، والبيئية. وبينما نجد أن كل نموذج من النماذج المختلفة يحاول

إرجاع مشكلات الطفولة إما إلى الطفل نفسه أو إلى بيئته فقط، فإن النموذج البيئي يعد النموذج الوحيد الذي يرجح احتمال حدوث الاضطرابات البيئية إلى التفاعل بين الطفل وبيئته ، وهذا لا يعني بالطبع أن وجهة نظر النماذج الأخرى غير صحيحة ؛ بل على العكس من ذلك فإن كل نموذج يحاول إضافة رؤية معينة تساعد على فهم مشكلات الطفولة . ومع ذلك فإن أي نموذج يغفل دراسة التفاعل بين الطفل وبيئته بصورة عميقة يعتبر غير متكامل (رودس Rhodes ، ١٩٦٧ ، ١٩٧٠) .

ولتوضيح أوجه الاختلاف بين هذه النماذج نسوق المثال التالي : لنفرض أن أحد الأطفال يمارس سلوكاً عدوانياً غير مرغوب تجاه زملائه في غرفة الدراسة . هنا يحاول النموذج السلوكي تفسير ذلك السلوك في ضوء ما تلقاه الطفل من تعزيز يتعين تحديده ، ومن ثم يتم استبعاده كي ينطفئ السلوك ، بينما نجد أن النموذج السيكوديناميي يرجع هذا السلوك إلى وجود غضب لا شعوري (ربما تجاه أحد الوالدين أو كلاهما) يتم التعبير عنه تجاه الأقران . وبالتالي فقد يتمثل العلاج المناسب في محاولة مساعدة الطفل على إدراك ذلك الغضب اللاشعوري وتقبله ، ومن ثم التعبير عنه بصورة أكثر إيجابية أو إنتاجية . أما النموذج الطبي فيحاول البحث عن العوامل العضوية (مثل اضطرابات الجهاز العصبي مثلاً) المسببة لهذا السلوك ومن ثم يتم علاجه طبياً، على حين يحاول النموذج الاجتماعي البحث عن الأسباب البيئية التي تعمل على إثارة ذلك السلوك لدى الطفل .

وعلى العكس من كل النماذج السابقة فإن النموذج البيئي يمكن أن يضع عدة احتمالات لتلك المشكلة منها ؛ هل هناك شيء معين في البيئة يستثير ذلك السلوك لدى الطفل ؟ ، فقد يكون الطفل قد تعرض للنبذ أو المضايقة أو الخداع

من أقرانه وبالتالي يحاول الثأر أو الانتقام منهم . ومن جهة أخرى فقد تمثل مطالب غرفة الدراسة عبئاً على الطفل وتعرضه لضغوط تفوق قدرته على التحمل بدرجة تعرضه لمزيد من الاستثارة الحادة . وهل تعلم الطفل أن السلوك العدواني يساعده على التكيف في المنزل أو مع الجيران بيد أنه لم يدرك أنه سلوك غير مقبول في غرفة الدراسة ؟ وأخيراً فهل يحتمل ألا يكون الطفل عدوانياً على الإطلاق، وإنما تكمن المشكلة في المعلم الذي لا يستطيع تحمل ولو الحد الأدنى من العدوان الذي يمكن أن يبديه الطفل ؟

من الواضح أن الإجابة على أي سؤال من تلك الأسئلة تحتاج إلى دراسة شاملة لعملية التفاعل بين الطفل وبيئته، والأهم من ذلك فإنه لا يمكن الاقتصار على دراسة كل من الطفل أو البيئة فقط بصورة مستقلة . وبدلاً من ذلك فإن التركيز على منطقة التفاعل بين الطفل وبيئته يعد الأسلوب الأفضل لتحديد احتمالات التدخل المناسبة لتلك المشكلة .

وقد حددت سوزان سواب Susan Swap الفروض الأساسية للمدخل البيئي في دراسة الاضطرابات السلوكية على النحو التالي (سواب وأخرون Swap et al ، ١٩٨٢) :

أولاً : لا يوجد الاضطراب داخل الفرد، ولكن ما نصفه على أنه اضطراب يكمن في التفاعل بين الطفل وبيئته .

ثانياً : يجب أن يؤثر أسلوب التدخل على النظام البيئي الذي يتفاعل معه الطفل كي يصبح فاعلاً . فأساليب التدخل التي تركز بصورة مباشرة على تغيير جانب واحد فقط سواء الطفل أو البيئة لا يمكن أن تسفر عن تغير يعتد به .

ثالثاً : يتسم التوجه البيئي بالتكامل، حيث قد تتخذ أساليب التدخل أشكالاً متعددة تمتد من تعديل السلوك، إلى تحسين عملية الإدراك لدى الطفل، وكذلك تغيير الاتجاهات ، أو تغيير البيئة المادية التي يعيش فيها هذا الطفل .

رابعاً : تنطوي النظم البيئية على صعوبة كبيرة تتمثل في أن أي تدخل قد يسفر عن كثير من التوابع أو الأحداث المترتبة عليه .

خامساً : إن التفاعل بين الطفل والموقف الذي يظهر فيه السلوك يعد فريداً، ويجب تناوله وتفسيره بعقل متفتح ومتحرر من الأفكار أو الأحكام المسبقة .

وجدير بالذكر أننا سوف نعود إلى هذه الفروض مراراً عند الحديث عن أسباب الاضطرابات السلوكية وخصائصها . ومع ذلك فإننا نؤكد على أن التوجه البيئي لا يهدف إلى إلغاء النماذج النظرية الأخرى في عملية التدخل أو أن يحل محلها ؛ وإنما يحاول إثراءها وزيادة فاعليتها .

فريق المتخصصين

لعل المناقشة الموجزة التي سقناها خلال الصفحات القليلة السابقة توضح الصعوبة البالغة التي تنطوي عليها عملية تقديم خدمات التربية الخاصة للأطفال المضطربين سلوكيا. وكما هو الحال في المجالات المهنية الأخرى فإن زيادة المعلومات تؤدي إلى مزيد من الوعي بالحدود الفعلية لأي فرد أو نظام . لذلك حاول المسئولون من المهنيين التوجه نحو مدخل الفريق الشامل في العملية

التربوية للأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً . وقد أدى التركيز على أهمية وجود الفريق متعدد التخصصات إلى قناعة صانعي القرار بأن هؤلاء الأطفال سوف يحصلون على خدمات متنوعة من خلال نص القانون ٩٤-١٤٢ على ضرورة التقييم متعدد الجوانب .

وجدير بالذكر أن الهدف الأساسي للفريق المهني يتمثل في محاولة جمع أكبر قدر من المعلومات من الخبراء عند تخطيط أساليب التدخل التربوي لأي طفل. فمن خلال الاجتماعات المتكررة للفريق تتاح للمتخصصين في المجالات المختلفة فرصة مشاركة الآخرين فيما توصلوا إليه من نتائج أثناء التقييم، بصورة تمكنهم من إعداد خطة تربوية متكاملة ، آخذين في الاعتبار مختلف جوانب النظم البيئية التي يتفاعل معهَا الطفل . لذلك نجد أن المعلم مثلاً يستطيع تقديم بيانات عن الأداء اليومي للطفل ، بينما قد يستطيع الاختصاصي النفسي اعطاء مزيد من التوضيح أو التفسير لهذه البيانات من خلال نتائج تقييم الجوانب المعرفية والشخصية للطفل .

ومن جهة أخرى فإن الاختصاصي الاجتماعي يمكنه توفير فكرة عن الوسط المحيط بتلك البيانات؛ من خلال تزويد المعلم والإختصاصي النفسي بمعلومات عن التاريخ النمائي للطفل، وخلفيته الأسرية، وخصائص رفاقه من الجيران . فضلاً عن أن كلاً من معلم المصادر ، والممرضة، والطبيب النفسي قد يضيفون بعض الملاحظات التي تساعد في تكوين صورة شاملة للطفل كجزء من نظام بيئي معقد.

وبالإضافة إلى ما يمكن أن يوفره أعضاء الفريق من معلومات للآخرين، فإن بوسعهم تزويد بعضهم البعض بتغذية راجعة متبادلة، ووجهات نظر جديدة ، وأفكار للتدخل، وحتى الدعم العاطفي . وهكذا يصبح اجتماع الفريق فرصة

لمناقشة المعلومات الخاصة بتقييم مدى فاعلية البرنامج فضلاً عن أنـــه وسـيلة لتيسير عملية التواصل بين الأعضاء (لوسين ولوسين Losen & Losen ، ١٩٨٥).

ورغم ذلك فإن عمل الفريق يجب أن يتعدى مجرد المقابلات أثنــاء فـترة التقييم فقط، حيث يجتمع أعضاء الفريق عند اللـــزوم للتقييـم ووضـع الخطـة التربوية. وفي الواقع فإن مقابلات الفريق يجب أن تتم للمشاركة والتشاور حـول المعلومات، والخطط ، وأساليب التقييم بعد جمع مختلـف الاستشـارات متعـددة التخصصات سواء كانت داخلية أو خارجية. وتشير عملية الاستشارات الداخليـة متعددة التخصصات إلى محاولة المهنيين مـن معلميـن ، ومعلمـي المصـادر، والاختصاصيين النفسيين ، والاختصاصيين الاجتماعيين ، والممرضات الحصـول على استشارة المهنيين الآخرين في مجالات تخصصاتهم . وتحـدث مثـل هـذه الاستشارات عندما يحاول الفرد مناقشة مشكلة أو خبرة معينة مع أحد المشـرفين أو الزملاء سواء في نفس المدرسة أو بمدرسة أخرى . ومثل هذه الاجراءات من شأنها توفير وجهات نظر وأساليب جديدة للتفكير في المشكلة ، والحصول علـى مختلف الأفكار التي تظهر في المجلات المتخصصة ، وكذلـك معرفـة المفـاهيم والفنيات الجديدة التي لم تنشر بالمجلات بعد، فضلاً عن التشجيع للاستمرار فـي مواجهة المشكلات العصية على التغيير . وبالمثل فإن الاستشارات الخارجية تعمل على إثراء وجهات النظر في مجال معين من خلال إتاحة أساليب مختلفـة تمامـاً لإدراك المشكلة وفهمها، أو تحديد جوانب معينة في النظام البيئي للطفل لم تكـن في الحسبان من قبل. إن خلفية المهنيين مـن مختلـف المجـالات وتدريبـهم، وتوجهاتهم النظرية ، والفنيات التي يستخدمونها تساعد جميعاً في إعادة تصـور المشكلة وفهمها بصورة كلية .

بيد أن الاستشارات متعددة التخصصات سواء الداخلية أو الخارجية، وكذلك فاعلية تعاون الفريق لا يمكن أن تحدث تأثيرها المطلوب دون أن يثق كل عضو من أعضاء الفريق في قدراته وقدرات زملائه ، وكذلك في تقبل اتجاهات بقية أعضاء الفريق. ومن المهم أيضاً أن يعمل فريق المهنيين في ظل مناخ مدرسي يتسم بالدعم والاهتمام سواء بأعضاء الفريق أو بالاطفال الذين تقدم لهم الخدمات الخاصة .

وفي معرض مناقشة فريق العمل في التربية الخاصة حدد ستورت وجويس لوسين Stuart and Joycelosen (١٩٨٥) مختلف الأدوار التي يجب أن يقوم بها أعضاء الفريق إذا أريد للفريق أن يعمل بصورة نموذجية . إذ يتعين على رئيس الفريق المهني مثلاً تقديم معلومات واضحة لجميع أعضاء الفريق حول دور كل منهم بالضبط ، كما أنه يتحمل مسئولية إحاطة أولياء أمور الأطفال علما بهذه الأدوار ، ويتعين عليه أيضاً الإلمام بحقوق أولياء الأمور جيداً ويخبرهم بها ، ويجب أن يعرف جيداً ما يوجد بالمدرسة من إمكانات ومصادر بصورة واقعية وملموسة . ورغم أن رئيس الفريق يمكن أن يكون فرداً من المهنيين الذين يضمهم الفريق إلا أنه من الأفضل أن يكون أحد الإداريين بالمدرسة . وعلى العكس من ذلك فإن منسق الفريق يجب أن يكون أحد الأعضاء من المهنيين ، ويضطلع بمهمة الاتصال بأعضاء الفريق قبل الاجتماع، ويخطر رئيس الفريق بمن سوف يحضر، كما يقوم بحفظ تقارير الأعضاء ، وتنسيق عملية تحويل الأطفال إلى الخدمات الخاصة، ويجمع التقارير عنهم، ويتابع عملية إعداد الخطة التربوية الفردية للطفل (IEP) ، ويستمر في التشاور مع أعضاء الفريق كي يتحقق من تقديم الخدمات للطفل في موعدها المحدد . وغالباً ما يكون معلم الفصل هو العضو المسئول الأول عن التعامل مع الوالدين ، وهو المنوط بمعرفة المشكلات ، والتساؤلات ، والقضايا التي تظهر يومياً أثناء تقديم الخدمات

الخاصة للطفل ، وهو المسئول عن متابعة التقدم الكلي للطفل، وبصورة عامة فهو المنوط بتنفيذ قرارات الفريق .

ونظراً لأن معلم التربية الخاصة غالباً ما يكون هو عضو الفريق المسئول عن الحالة؛ لذلك فإن عمله يصبح أكثر شمولاً من مجرد القيام بالعملية التربوية داخل غرفة الدراسة . وفي الواقع فإن معلم التربية الخاصة ليس مجرد معلم فحسب وإنما يقوم بعدة أدوار أخرى علاجية، ودفاعية، وإتصالية أيضاً . ونظراً لتعقد هذه المهام فإن معلم التربية الخاصة يجب أن يكون على درجة عاليه من المهارة ، ومطلع على كثير من وجهات النظر السائدة في المجال، كما يجب أن يتصف بالصبر ، والبصيرة ، والمثابرة، وغيرها من الكفايات اللازمة لنجاحه في عمله . وسوف نستعرض أهم الكفايات الشخصية والمهنية التي يجب توافرها لدى معلم التربية الخاصة الفاعل خلال الجزء الثاني من هذا الكتاب .

التعاون بين المنزل والمدرسة

لقد تناولت مناقشتنا السابقة مهام الأعضاء المهنيين في فريق التربية الخاصة، ومع ذلك فقد أصبح من الواضح – خلال السنوات الأخيرة – الاهتمام باشتراك أولياء الأمور كأعضاء أساسيين في هذا الفريق . فقد كان من المألوف في الماضي اعتبار دور أولياء الأمور ثانوياً في عملية إعداد الخطط التربوية الخاصة وتنفيذها . وبالنسبة للأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً فغالباً ما كان ينظر إلى أولياء الأمور باعتبارهم ضمن العوامل الأساسية المسببة لمشكلات هؤلاء الأطفال ؛ وبالتالي كان يتم استبعادهم من عملية إعداد الخطط التربوية الخاصة بهم .

ويبدو أن المربين قد تأثروا بوجهة نظر اصحاب النماذج الطبية والسيكوديناميه سالفة الذكر في تفسير المشكلات السلوكية للأطفال ودور الوالدين فيها، ومن ثم وجهوا لوماً كبيراً لهم في هذا الصدد . فغالباً ما كان ينظر إلى الاضطرابات السلوكية باعتبارها تحدث نتيجة مباشرة لأساليب التنشئة الخاطئة مثل الحماية الزائدة، واضطراب العلاقات الأسرية بما يعرض الأطفال للقلق، والصراع الوالدي، والاهمال ، وسوء معاملة الطفل . ولكن رغم أن مثل هذه الأساليب قد تحدث في كثير من الأسر إلا أنه لا توجد أدلة قاطعة تدعم وجهة النظر القائلة بأن الوالدين يسببان الاضطرابات السلوكية لأطفالهم (سوران وريزو Suran & Rizzo ، ١٩٨٣) . ويبدو أن وجهة النظر الأكثر فائدة وتلقى دعماً من نتائج البحوث والخبرات الكلينيكية تلك التي تسمى بالنموذج التبادلي Transactional Model والذي يعتبر أن التفاعل بين الوالدين والطفل قد يكون أحد أسباب المشكلات . وتمشياً مع التوجه البيئي فإن الطفل يعتبر عضواً في عدد من النظم البيئية ، ومن ثم فقد تنشأ المشكلات نتيجة التفاعل المتبادل بين الطفل وبعض تلك النظم أو كلها .

وهكذا فقد أدت وجهة النظر البيئية في تناول الاضطرابات السلوكية إلى إعادة النظر بواقعية في تقييم دور الوالدين؛ حيث اتضح أنهما يلعبان دوراً أساسياً في الرعاية التربوية لأطفالهم (شي وبور Shea & Bauer ، ١٩٨٣) . ونظراً لأن الأسرة تعد البيئة الاولى التي ينشأ فيها الأطفال ، لذلك يتعين اشتراكها في عملية تقيمهم وإعداد الخطط التربوية الخاصة بهم . وفي الواقع فقد اصبح من المعلوم حالياً أن اشتراك الأسرة في برامج التربية الخاصة يزيد من فاعليتها بدرجة كبيرة، وهو أمر أولاه القانون ٩٤-١٤٢ أهمية كبيرة .

وسوف نستعرض دور الوالدين في النظام البيئي للطفل بالتفصيل في الجزء الثاني من هذا الكتاب، كما سوف نناقش بعض الأساليب التي يمكن استخدامها لتحقيق مشاركة الوالدين والتعاون معهما . وما نود التأكيد عليه هنا ؛ أنه يصعب تقديم خدمات تربوية خاصة فاعلة للأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً دون مشاركة الوالدين الجادة في هذه العملية .

ملخص

إن دراسة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين تشمل نطاقاً واسعاً من المشكلات الخاصة أو النوعية ، ورغم ذلك فإن معظم هذه المشكلات تقع في ثلاثة تصنيفات شاملة هي : مشكلات الشخصية ، والاضطرابات الأخلاقية، والاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) .

وهناك عدة موضوعات أساسية تعد قواعد مهمة لدراسة الاضطرابات السلوكية تشمل :

أولاً : إن الإطار التكاملي يعد وسيلة تساعد في جمع المفاهيم من مختلف التوجهات النظرية ، وكذلك الخبرات من مصادر كلينيكية وبحثية متنوعة .

ثانياً : إن التوجه البيئي يدعم العملية التكاملية من خلال توضيح تأثير ما يحدث من تفاعلات بين الأطفال وبيئاتهم .

ثالثاً : إن المدخل متعدد التخصصات يجعل من السهل معرفة وتمييز المفاهيم والفنيات التي تنتمي إلى مجالات مختلفة توجد بينها روابط أو علاقات معينة .

رابعاً : من الضروري الاعتراف بدور الوالدين كأعضاء أساسيين في فريق التدخل متعدد التخصصات .

وانطلاقاً من إدراك تعقد عملية التصنيف - رغم أهميتها في التشخيص- فقد تمت مناقشة نظم التصنيف التي تستند إلى أسس كلينكية أو تجريبية ، مع مناقشة مزايا وعيوب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها (الطبعة الثالثة DSM III) . كما استعرضنا مختلف الصفات الاجرائية - المستمدة من نتائج الأبحاث - التي تميز بين مشكلات الشخصية، والاضطرابات الأخلاقية ، والاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) ، وكذلك بعض القضايا والأهداف التربوية الأساسية المرتبطة بهذه الاضطرابات .

وبعد مراجعة أهم التطورات التي حدثت في دراسة الاضطرابات السلوكية للأطفال ، استعرضنا بإيجاز أبرز النماذج التربوية التي يمكن استخدامها مع هؤلاء الأطفال بما في ذلك الرعاية التربوية في الفصول العادية، والفصول الخاصة، والمدارس الخاصة النهارية، والمدارس الداخلية . وتمثل هذه المناقشة مرحلة أولية لمزيد من الايضاح والتفصيل للنماذج التربوية التي سوف نستعرضها في الجزء الثاني من الكتاب .

وأخيراً فقد انتهى الفصل الأول بمناقشة تفصيلية لأهم الفروض البيئية التي تعد أساساً في عملية التدخل مع الاضطرابات السلوكية للأطفال ، وكذلك استعراض مدخل الفريق متعدد التخصصات في هذه العملية أيضاً .

الفصل الثاني

محددات دراسة الاضطرابات السلوكية

لدى الأطفال والمراهقين

مقدمة

تحتاج دراسة أي موضوع معقد أو صعب إلى بعض الأسس النظرية والخبرات الكلينيكية في هذا الصدد . وقد سبق أن اخترنا المنظور التكاملي في دراسة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين ، نظراً لعدم توافر أي نظرية أو طريقة أو مدخل بحثي واحد يمكن أن يقدم إجابات أو حلول شاملة لمشكلات الطفولة المختلفة . وكما هو الحال في مختلف مجالات النشاط الانساني فقد تعرضت دراسة الاضطرابات السلوكية - في كثير من النقاط - إلى نوع من التفكير غير المنطقي المتضمن ثقة ساذجة بطريقة أو فنية معينة باعتبارها ستقدم الحل البسيط لكل المشكلات المعقدة . والتناقضات النظرية المختلفة . بيد أن الواقع يدل على عدم صحة مثل هذا الزعم .

والكتاب الحالي يتبنى وجهة النظر التكاملية في دراسة الاضطرابات السلوكية للأطفال، فقد أسفرت وجهات النظر المختلفة - التي ظهرت عبر العديد من السنين - عن توفير طرق مفيدة في تناول المشكلات وفهمها بأسلوب يساعد على فهم مشكلة كل طفل على حده (كحالة فريدة) . وقد حاولنا تجنب الاسلوب الانتقائي الجامد من خلال الإطار التكاملي المنطقي الذي يسمح بمزج مختلف الأفكار بأساليب مرنة مفيدة .

وجدير بالذكر أن وجهة النظر التكاملية لمشكلات الطفولة تعني أن الالتزام المبدئي بالمنظور البيئي على سبيل المثال لا يمنع الاعتراف بقيمة التوجهات النظرية الأخرى في نفس الوقت، حيث يتضمن هذا الالتزام محاولة تناول التفسيرات التي تقدمها النظريات السيكودينامية أو التعلم الاجتماعي في ضوء الإطار الكلي لوجهة النظر البيئية .

وجهة النظر البيئية في نشأة مشكلات الطفولة

يتعرض كل طفل من وجهة النظر البيئية إلى مجموعة فريدة من القوى المتفاعلة التي تشكل سياق نموه . وتؤثر هذه القوى في الطفل كي تشكل أنماطه التعلمية ، وأساليبه التعبيرية ، واتجاهاته ، وعاداته ، وعلاقاته ، وفي الواقع فإنها تؤثر في مختلف جوانب عمليه النمو في حياة الطفل . ومع ذلك فإن الطفل لا يعتبر مجرد خامة بشرية عديمة الفاعلية، أو يقف سلبياً حيال تلك المؤثرات، بل له دور نشيط ومؤثر في نظامه البيئي الفريد، حيث نجده يؤثر بصورة مستمرة في الوالدين، والأسرة ، وبيئة التعلم (غرفة الدراسة) ، ومختلف أفراد الجماعة التي يعيش فيها .

لذلك يتعين علينا عند مناقشة نشأة مختلف أنواع مشكلات الطفولة وخصائصها، أو المداخل النفسية والتربوية لمواجهتها أن نأخذ دائماً في الاعتبار مختلف القوى المتفاعلة التي تشكل النظام البيئي الخاص بكل طفل على حده . ويعد التعقد الكبير لتلك التفاعلات مسئولاً بصورة جزئية عن الصعوبة التي تواجهنا عند إعداد برامج التدخل الفاعلة لما يواجهه الطفل من مشكلات . ورغم ذلك فإن هذه التعقيدات نفسها قد تفيد في إتاحة الفرصة لإعداد برامج تدخل منأسية في مواطن كثيرة من مراحل حياة الطفل .

ولمزيد من الإيضاح حول هذه النقاط نسوق المثال التالي : نفرض أن "جيري" طفل يبلغ من العمر عشر سنوات – بالصف الخامس الابتدائي- يواجه سلسلة من المشكلات في المدرسة، إذ يسبب كثيراً من المشكلات للمعلمين والتي تؤثر على عملية ضبط الفصل، كما يتميز بانخفاض مستواه التحصيلي، وتتأرجح علاقاته بأقرانه بين الانطواء أو الانسحاب بعيداً عنهم، والغضب أو العدوانية

الشديدة حيالهم . وغالباً ما يتعرض هذا الطفل للكيد والضرب من زملائه ، وقد يحاول استرضاءهم، وتحمل ذلك من خلال لعب دور المهرج في الفصل أحياناً . وقد يفوق ذلك قدراته أحياناً أخرى خاصة إذا تعرض الزملاء للسخرية من الأسرة، ويثور غضبه بصورة كبيرة قد تصل إلى الاعتداء البدني عليهم، أو إلى تهديدهم بآلات خطيرة كالسكين مثلاً . وقد يلجأ الطفل إلى مثل هذه الأفعال المتهورة ليثبت لزملائه أنه جدير باحترامهم ، وغالباً ما تأتي تلك التصرفات بنتائج عكسية .

وبالاضافة إلى ما سبق فإنه يسهل على " جيري " الانخراط في البكاء دون مبرر وينتابه الشعور بأنه قبيح ، إذ ينعكس ذلك في حساسيته الواضحة تجاه حجم أنفه . ورغم أنه طفل عادي وشكله جميل إلا أنه يصعب إقناعه بذلك خاصة وأنه يتأثر بكيد زملائه عندما يعايرونه بأنفه الكبير . وغالباً ينتاب الطفل شعور بأنه غبي، وللأسف يدعم ذلك تدني مستواه التحصيلي . ويرى المعلمون أن هذا الطفل يتصف بالحساسية والميل إلى الشكوى، وغالباً يميل إلى الحزن والوحدة، ورغم ذلك فهم يعبرون عن استيائهم من أفعال الطفل الفجه لما تسببه من إزعاج وفوضى في غرفة الدراسة ، خاصة عندما يحاول جذب انتابه زملائه ورضاهم من خلال التهريج .

وبالنسبة لظروف "جيري" الأسرية فقد انفصل الوالدان بالطلاق منذ ثلاث سنوات، وقد كانت الأسرة تضم الوالدين وأخ وأخت يصغرانه . وقد كان هذا الطلاق مراً ، وقاسياً خاصة وقد استمر كل من الوالدين يضمر الاستياء أو الامتعاض من الآخر، وقد احتفظت الأم بحضانة الأطفال . وقد تزوج كل من الوالدين مرة أخرى وكونا أسر منفصلة حيث أنجب كل منهما أطفالا من زوجه الآخر . وهنا بدأ الطفل يشعر بالضياع ، وعدم الشعور بالأمان في ظل وجود

أسرة غير متجانسة تضم أخوة أشقاء وغير أشقاء ، وزوج الأم مع انشغال الوالد بزوجته وأبنائه الجدد أيضاً، الأمر الذي عرضه للشعور بالوحدة .

وكان "جيري " يحاول أحياناً لعب دور الأخ الأكبر في الأسرة من خلال إصدار الأوامر، ووضع القواعد لأخوته، وكثيراً ما كان يتعرض للتوبيخ بسبب قسوته على إخوته غير الأشقاء، أو لعدم قيامه بمسئولياته كطفل كبير في رعاية إخوته ودفع الأذى أو الضرر عنهم . وقد أدى هذا الارتباك والاحباط إلى أن يضمر الطفل العداء والغضب تجاه الصغار، وكان يعبر عن ذلك بالكيد لهم أو استفزازهم أحياناً أو الاعتداء البدني عليهم أحياناً أخرى .

ونظراً لأن الوالدين وكذلك أزواجهم كانوا يعملون جميعاً فقد كان "جيري" يترك لرعاية إحدى الجليسات أو في مركز رعاية نهاري قريب من المنزل . ونظراً لتعرضه للاهمال من معظم المربيات فقد حاول الاعتماد على نفسه بصورة غير عادية ، حيث كان يعد طعامه بنفسه، وتعلم التعامل بالنقود ، وشراء الأغراض من المحلات ، والتجول في الحي بمفرده، كما تعلم مداهنة الآخرين وتملقهم والتأثير عليهم . ونظراً لترك الطفل وشأنه معظم الوقت، وكذلك شعوره بأن الأسرة مهملة ؛ فقد كان يغيب عن المنزل كثيراً، ويتجول بمفرده في الشوارع خلال ساعات متأخرة من الليل، وغالباً ما كانت الأسرة تلجأ إلى الشرطة للبحث عنه، مما جعله معروف لدى الشرطة ، فضلا عن تعرضه للمساءلة من قبل الوالدين أو الشرطة بسبب تكرار شكوى الجيران منه إما للاعتداء على أطفالهم ، أو سرقة أشياء معينة منهم ، وقد ذكر الطفل أن بعض الأسر كانت تهدده بالضرب إن لم يبتعد عنهم وعن أطفالهم .

وقد جذب سلوك "جيري" انتباه المتخصصين في التربية الخاصة بالمدرسة وقد اعتبروه يعاني من مشكلات شخصية وأخلاقيه خطيرة ، قد تتطور إلى أنماط سلوكية مدمرة مع تقدم الطفل في السن سواء في المراهقه أو الرشد . وقد تم تشخيص حالة " جيري " إنه طفل عادي، يتميز بمستوى ذكاء فوق المتوسط ، بيد أنه يفتقر إلى المستوى المناسب من حيث المهارات الأساسية، وهناك بعض المؤشرات التي تشير إلى احتمال تعرضه لصعوبات التعلم، والاكتئاب، وأنماط السلوك المزعجة أو المدمرة .

ورغم أن " جيري " حالة فرضية وليست حالة لطفل حقيقي، فإنه يمثل تركيبه أو توليفه من خبرات وخصائص الطفولة التي قد يواجهها المعلم يومياً . وسواء تم وضع هذا الطفل في فصل خاص، أو تم دمجه مع أقرانه بمساعدة معلم غرفة المصادر ، أو حتى بدون مساعدة فسوف يظل يتصرف في المجتمع بنفس الأسلوب الذي تعود عليه مع عدم مراعاة ما يترتب على سلوكه الطائش من عواقب ، وسواء سار نموه وتطور إلى الأفضل في الكبر، أو تحول تجاه الشعور بالعزلة، والاكتئاب والاغتراب، والسلوك المدمر؛ فإن ذلك كله يتوقف على نوعية استجابة الأسرة ، والمدرسة ، والمجتمع لسلوكه وتصرفاته الحالية ، أي وهو ما زال طفلاً .

وبإمعان النظر في النظام البيئي لذلك الطفل ذي العشر سنوات نجده معقد بصورة محيرة . فهناك الوالدان وبدائلهم ، والاخوة الأشقاء وغير الاشقاء ، والمعلمون ، والجيران سواء من الصغار أو الكبار ، والشرطة ... وكلها تؤثر في سلوك " جيري" وتتأثر به . وقد يتأثر سلوك هذا الطفل أيضاً بدرجة أو بأخرى بالظروف الاجتماعية – الاقتصادية لمجتمعه وجيرانه ، وكذلك بقيم المحيطين به وعاداتهم وإجحافهم به أو تحزبهم ضده ، وكذلك فإن ما يشاهده من برامج

تلفزيونية ، وأفلام الأطفال، وأبطال الأفلام العادية تلعب دورا هاما في تشكيل مستويات طموحه وصياغة أفكاره عن النجاح والفشل . فتأثير وسائل الاعلام لا يتوقف عند مجرد تعريفه بالألعاب المرغوبة فحسب، وإنما تبصره أيضاً بنوعية الأهداف والخصائص التي يجب توافرها لدى الفرد أيضا . وبالإضافة إلى جميع تلك القوى التي تؤثر على هذا الطفل فإن هناك مزاجه، وقدراته ، واهتماماته الخاصة التي تضاف إلى تلك المؤثرات وتتفاعل معها مما يضفي عليها خصائص فريدة قد يصعب وصفها في هذه العجالة .

إن النظام البيئي المعقد الذي يعيش "جيري" في ظله لا يعد ينبوع شخصيته فحسب ؛ وإنما يتضمن أيضا مختلف ظروف التدخل الأساسية اللازمة لتحقيق النمو المتكامل لهذا الطفل ، وكذلك استمتاعه بحياته . إن التدخل الفاعل الذي يسمح بتحقيق النمو السوي بجميع جوانبه يعتمد على جهود الكبار المحيطين بالطفل في حشد مختلف المصادر المؤثرة فيه سواء بالمنزل ، أو المدرسة أو المجتمع المحلي أو حتى الطفل نفسه .

وسوف نستعرض بإيجاز فيما تبقى من هذا الفصل أهم العوامل التي تؤثر في نمو الطفل في الوقت الراهن، وسوف تكون مناقشة هذه العوامل غير نهائية نظرا لأن كثيرا منها غير محدد وقابل للتغير . بيد أن المتخصصين في علم النفس والتربية قد استطاعوا تحديد كثير من المفاهيم والتفسيرات ذات التأثيرات المهمة في حياة الأطفال . وسوف نتناول في بادئ الأمر بعض وجهات النظر حول نمو الطفل وما يؤثر فيه ، يلي ذلك مناقشة أهم العوامل الأسرية المؤثرة على نمو الطفل، وكذلك ما طرأ على حياة الأسرة المعاصرة من تغير في مختلف جوانبها . وفي النهاية سوف نتناول أهم العوامل الثقافية والاجتماعية ذات التأثير الشديد على حياة الأطفال.

نظريات نمو الطفل

النظرية عبارة عن محاولة لتصوير الواقع، وطريقة لتنظيم وفهم الأفكار والملاحظات حول العالم المحيط بنا . وليس من الضروري تقرير ما اذا كانت النظرية صحيحة أم خاطئة، إنما يجب أن نركز على مدى إسهامها في تنظيم ما توافر لدينا من معلومات وأفكار . وقد ظهرت عدة نظريات خلال المائة عام الماضية حاولت تفسير نمو الطفل ، وكان لها تأثير كبير على توجهات الأبحاث والأفكار حول العوامل المؤثرة فيه . كما ساهمت في تشكيل السياسة التربوية وتطبيقاتها ، وكذلك فقد وجهت عملية إعداد برامج التدخل النفسية والتربوية في هذا الصدد .

ومن جهة أخرى فقد تطورت بعض النظريات بينما تقهقر البعض الآخر وفقاً لقيمتها الاجتماعية، ومدى قانونيتها كأدوات لفهم السلوك، كما تعرضت للتعديل سواء من خلال الأحداث التي تحاول تفسيرها ؛ أو من قبل العلماء والباحثين الذين حاولوا اختبارها في الواقع . وسوف نستعرض في هذا الجزء أهم وجهات النظر البارزة التي تناولت نمو الطفل من خلال تحديد جوانب معينة تعتبرها أهم المحددات لذلك النمو . وبمزيد من التحديد سوف نستعرض النماذج السيكودينامية لسيجموند فرويد Sigmund Friud ؛ إريك إريكسون Erik Erikson، وكذلك النموذج المعرفي لجين بياجيه Jeen Piaget ، والنماذج السلوكية لجون ب. واطسون John B. Watson و ب . ف سكنر B.F.Skinner ، ونموذج التعلم الاجتماعي لألبرت باندورا Albert Bandura ، وأخيراً النموذج البيئي الذي اقترحه كثير من العلماء المعاصرين .

نظريات التحليل النفسي والسيكودينامية في النمو

لقد سميت النظريات السيكودينامية بهذا الاسم لأنها تركز على الأحداث الداخلية، أو القوى الدافعة اللاشعورية لدى الفرد . ويستخدم هذا المصطلح أحياناً بالتبادل مع مصطلح التحليل النفسي الذي يستخدم أساساً للتعبير عن وجهة نظر سيجمون فرويد التي ظهرت في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين . وقد تناول فرويد وغيره من التحليليين مختلف الجوانب النفسية والتربوية للفرد وأثروا فيها ، كما احتلت وجهة نظرهم أهمية بارزة بين المدارس الفكرية المعاصرة . ورغم أن مفاهيم التحليل النفسي لم يعد لها تأثر كبير في المجال خلال السنوات الأخيرة إلا أنه لا يمكن إغفالها عند مناقشة نمو الطفل .

يرى فرويد أن الطفل يولد مزوداً بمجموعة من الغرائز النفسية التي تستمد طاقتها من حاجاته العضوية الأساسية . ويتعرض الطفل بعد مولده إلى خبرات متكرره من الاستثارة التي تعبر عن حاجات يتعين إشباعها كي تستمر حياته. ونظراً لأن الطفل يولد بحاجة إلى الاعتماد على الآخرين لفترة طويلة ؛ فإن اشباع حاجاته يرتهن بمن يرعاه وخاصة الأم. ويصعب على الطفل في بداية الأمر التمييز بين تصوراته الداخلية للأشياء وحقيقة وجودها في الواقع، وتصوراته عن إشباع الحاجات – التصور الذهني للرضاعة من الثدي مثلاً – وما يصاحبها من خبرات داخلية تتمثل في الجوع لأن الثدي كان مصدر إشباع للجوع في الماضي . بيد أن الطفل سريعا ما يتعلم أن مجرد تصوره للثدي أو رغبته فيه لا تؤدي إلى إشباع جوعه ، وبالتالي يبدأ في التمييز بين الخبرات الداخلية

والخارجية ، والتمييز بين الحقيقة والخيال، وتكوين تصور جديد للأم كشيء خارجي مع ربط وجودها باشباع حاجاته . وطبقاً لوجهة نظر التحليل النفسي فإن الطفل يبدأ في التحرك التدريجي من عملية التفكير البدائية التي تتضمن إشباع الحاجات بصورة فوريه وتلقائية وفقاً لرغبته الداخلية، إلى عملية التفكير الثانوية أو الواقعية ، علماً بأن هذا التحرك يحدث بالتدريج البطئ ويستغرق عدة سنوات . وفي الواقع قد تبقى بعض آثار ذلك التفكير البدائي (السحري أو الرغبي) لدى الكبار العاديين خاصة عندما يتعرضون للحرمان، أو التوتر، أو التعب الشديد .

وحيث أن الأم تعد (من وجهة نظر فرويد) أهم شيء في حياة الطفل؛ فإنه يعتبرها المصدر الأساسي لإشباع مختلف غرائزه، وترتبط هذه المشاعر لدى الطفل بالشفاه ، والفم ، واللسان والتغذية وإشباع الجوع . ويطلق على هذه المرحلة من النمو " المرحلة الفميه" Oral stage وتمتد من الميلاد حتى نهاية الشهر الثامن عشر من حياته . وتعد العمليات التي تحدث خلال هذه المرحلة – في سياق النمو العادي أساساً لقدراته المستقبلية على الارتباط بالآخرين من خلال التقمص العاطفي Empathy ، والأخذ والعطاء دون إتكالية كبيرة. ومن جانب أخر فإن التعرض للإحباط نتيجة عدم إشباع الحاجات الفمية أو الإفراط في إشباعها قد يؤدي إلى التثبيت عند هذه المرحلة ، ومن ثم النكوص إليها عند التعرض للقلق الحاد، أو عدم القدرة على مواصلة النمو بعد هذه المرحلة تجاه الرشد. وقد يعبر الكبار عن تثبيتهم عند المرحلة الفميه من خلال إظهار الاتكالية الزائدة على الآخرين أو الحسد ، أو الجشع ، أو الطمع ، أو الاستقلالية الهشة، أو السخرية والتهكم على الآخرين .

وخلال العام الثاني من عمر الطفل يبدأ ارتباط الاشباع لديه بعملية التخلص من الفضلات (الاخراج) . ومع تزايد النمو العصبي للطفل تزداد قدرة العضلة العاصرة Sphincter على التحكم خلال " المرحلة الأستية" anal stage من النمو ، وبالتالي تبدأ اللذة في الارتباط بعملية حجز الفضلات أو التخلص منها وبالتالي تلعب دوراً مهماً في نمو الطفل . وخلال العامين الثاني والثالث من عمر الطفل يبدأ الاحساس بتزايد قدرته على التحكم في وظائف أعضاء الجسم وبالتالي يبدأ في الاحساس بقدرته على الاستقلال عن الوالدين . ويحاول الطفل خلال هذه المرحلة تجريب علمية حجز الفضلات أو التخلص منها، وتشكل ردود أفعال الوالدين لذلك أسسا لتنمية مشاعر الاستقلال والتحكم الذاتي لدى الطفل من جهة، أو شعوره بالخجل من جهة أخرى . ومرة أخرى فإن إحباط هذه الدوافع الطفولية أو الافراط في إشباعها؛ تعد أساساً لتكوين خصائص معينة لدى الطفل قد تظهر في مرحلة الرشد في صورة الاندفاعية، أو الغضب الزائد، أو الاهمال، أو الجمود، أو التشاؤم، أو البخل ، أو المحافظة على النظام بصورة قهرية .

وتأتي المرحلة " الذكرية القضيبية " Phallic stage التي تمتد من العام الثالث إلى العام الخامس أو السادس من عمر الطفل حيث ترتبط اللذة باستثارة منطقة الأعضاء التناسلية. ويعتقد فرويد أن الأطفال من الجنسين يتعرضون خلال هذه المرحلة إلى ممارسة أحلام اليقظة والأنشطة الجنسية الصريحة . ونظراً لأن حياة هؤلاء الأطفال لا تزال تتمركز حول أمهاتهم ،فإنهم يميلون إلى ربط إحساساتهم الجنسية وما يقترن بها من شعور باللذة بصورة الأم بطريقة مبهمة أو غير صريحة. وبالنسبة للطفل الذكر فإنه يفترض أن رغبته تجعله يحاول الاستئثار بالأم وفي نفس الوقت ينشأ لديه خوف من شعور الأب بذلك فيحاول معاقبته بالخصاء Castrations . ويطلق على تلك المجموعة من المشاعر التي تتضمن

الرغبات التخيلية والمخاوف في نفس الوقت " العقدة الأوديبية " Oedipus complex. ويؤدي قلق الطفل من الخصاء إلى محاولة دفع الرغبات الجنسية تدريجيا بعيـــدا عن الشعور ، أو ما يطلق عليه أصحاب التحليل النفسي كبت الرغبات ودفعها إلى مناطق اللا شعور بالمخ بحيث يصعب ظهورها في مجال شعور الطفل أو إدراكه . وتتم أيضا خلال هذه المرحلة عملية " التوحد " Identification ؛ حيث يقوم الولـــد بتقمص شخصية الأب تجنبا للعقاب وبديلا عن الرغبة في الاستئثار بالأم .

وفيما يختص بالأطفال الاناث فإن العملية تتخذ مسارا مختلفا بعض الشيء، حيت تعتقد البنت أنها تعرضت للخصاء وحرمت من القضيب. ولذلك فبدلا مــن أن تتعرض البنت لقلق الخصـــــــاء خلال المرحلة الذكــــــرية كما هو الحال لــدى الولد نجدها تمر بخبرة حسد القضيب Penis Envy وعلى مستوى إشباع الرغبـــة نجدها تحاول تعويض ذلك من خلال ذكورة الأب عن طريق التوحد مع الأم .

وجدير بالذكر أن النمو السوي خلال المرحلة الذكرية يعـد أساســا لنشـأة الهوية الجنسية، والقدرة على ضبط عملية التعبير عن الرغبات، والقـــدرة علـــى تكوين علاقات مثمرة مع الآخرين تتسم بالدفء ، والانتمـــــاء ، والقـــدرة علـــى الانخراط في الأعمال المفيدة أو المنتجة . ومن جهة أخرى فإن تعـــرض الطفـل للإحباط أو فرط الإشباع خلال هذه المرحلة قد يعرضه لاضطراب الهوية الجنسية، وعدم التلقائية ، وعدم القدرة على تكوين علاقات مثمرة مع الآخرين، والشـــعور بالخجل ، والسلبية ، أو التنافسية غير المرغوبة ، والقلق الشديد .

وخلال مرحلة " الكمون " Latency stage – التي تمتد من العـــام الســادس لعمر الطفل تقريبا وحتى المراهقة نجد الطفل يحـــاول كبـت مختلــف الرغبــات والخصائص التي تسبب له اضطرابات داخلية (التـــي تظـــهر خـــلال المرحلـــة الأوديبية) بصورة كبيرة ، وبدلا من ذلك نجده يحاول توجيه طاقته الداخلية إلـــى

تعلم واكتساب المهارات الشخصية أو الأساسية اللازمة للحياة . كما يستمر الطفل في تعلم طرق مواجهة القلق الناتج عن مراحل النمو السابقة ، كما يحاول في نفس الوقت تعزيز وتقوية الخصائص والمهارات الجيدة التي نشأت خلالها أيضا .

ورغم أن مناقشتنا السابقة تناولت بإيجاز شديد نظرية التحليل النفسي في نمو الطفل، إلا أنه يتضح أن فرويد وتلاميذه يولون أهمية بالغة لمرحلة الطفولة باعتبارها أخطر مراحل النمو على الإطلاق . لذلك تظهر الحاجة خلال تلك المرحلة إلى إيجاد نوع من التوازن بين إشباع الغرائز واحباطها . ورغم أن الوالدين لا يمكنهم عمل أي شيء لمنع السياق الأساسي لنمو الطفل خلال هذه المراحل ، إلا أنه يتعين عليهم مساعدته على تدعيم عملية التوازن من خلال تعزيز قدرته على ضبط النفس دون احباط عندما يحاول التعبير عن رغباته بصورة سويه أو مقبولة. كما يجب عليهم مساعدة الطفل في التغلب على القلق الناشيء عن الخوض في تلك الرغبات غير المقبولة ؛ وذلك بتهيئة المناخ المفعم بالتقبل والثبات، والود الذي يساعد الطفل في تنمية القدرة على التحكم في عملية إشباع رغباته الأساسية .

ورغم أن فرويد أوضح أهمية الغرائز العضوية، ونبه إلى دورها الخطير في مراحل النمو المبكرة من حياة الفرد، إلا أننا قد نتساءل عن الأهمية النسبية للدافع الجنسي الذي اعتبره فرويد بمثابة قطب الرحى أو حجر الزاوية في نمو الطفل ، وكذلك عن درجة الصدق والتجريب لمفاهيم هذه النظرية ، وفي نفس الوقت فإننا لا ننكر وجود قوى دافعة ذات أصول عضوية، وأن الاستجابات الاجتماعية حيالها تؤثر في مختلف جوانب النمو المبكرة للشخصية وتشكلها أو تصبغها بصورة أو بأخرى .

وقد بدأ طلاب فرويد في تطبيق أفكاره، وتطويرها خلال الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين، وبينما كان التركيز المبدئي لنظرية التحليل النفسي في النمو على طبيعة الدوافع الغريزية سواء من حيث كيفية التعبير عنها أو دورها في نشأة القلق لدى الطفل، فإننا نجد المتخصصين في هذا المجال قد حاولوا مؤخرا توضيح الجوانب الاجتماعية والإنسانية لهذه النظرية .

وقد حاول إريكسون Erikson التركيز بصورة أكبر على ما تلعبه العوامل النفسية - الاجتماعية للقوى الإنسانية وتأثيراتها على الدينامية النفسية الكامنة خلف نمو الطفل ، وذلك دون إدخال تغييرات جوهرية على الأفكار الأساسية لنظرية التحليل النفسي . فقد ركز أريكسون -مثل فرويد - على مراحل أساسية للنمو، بيد أنه جعلها تتخطى الطفولة الى المراهقة . كما أن مراحل إريكسون تعكس في معظمها المبادئ التي اعتبرها فرويد مهمة ولكن من وجهة نظر اجتماعية . وقد نظر إريكسون إلى النمو باعتباره سلسلة من الأزمات النفسية - الاجتماعية Psychosocial Crises ؛ حيث يؤدي التغلب على القضايا الأساسية للنمو في كل مرحلة إلى ظهور المرحلة التي تليها وما يرتبط بها من خصائص سواء داخلية أو اجتماعية .

يرى إريكسون أن أولى مراحل النمو تركز على نمو الاتجاه الأساسي "الثقة في مقابل الشك وسوء الظن " Trust vs. mistrust فخلال العام الأول من حياة الطفل تعتبر التفاعلات بين الطفل والمسئولين عن رعايته في البيئة أساسا لشعوره بأن العالم المحيط به مكانا آمنا ، وأن المحيطين به سوف يوفرون سبل الرعاية المناسبة له باستمرار . ويؤدي هذا الإحساس الأساسي بالثقة إلى تنمية مشاعر تقبل الذات لدى الطفل واتجاهات التفاؤل نحو العالم المحيط به . ومن جهة أخرى فإذا اتسمت الخبرات المبكرة للطفل بالرفض أو الإهمال من قبل الآخرين، فسوف

تتكون لديه مشاعر الشك في نفسه كما تتسم علاقته بالعالم من حوله بالشك والريبة أيضا .

ومع نمو قدرة الطفل على الحركة والمشي بصورة مستقلة، والتحكم في وظائفه الجسدية ، تبدأ المرحلة الأساسية التالية في الظهور حيث التركيز على الاستقلال في مقابل الخجل والريبة Autonomy vs. Shame and doubt وتتمثل القضية الأساسية خلال هذه المرحلة في مدى قدرة الوالدين والطفل على تنمية نظام معين من السلوك (أو وضع قواعد محددة للسلوك) . وإذا اتخذ الوالدان خلال هذه المرحلة صورة المعاقب المتحكم فإن ذلك يتيح الفرصة لنشأة مشاعر الخجل وعدم الثقة بالنفس لدى الطفل . وعلى العكس من ذلك فإن إظهار الاحترام تجاه اكتساب الطفل المهارات الحركية العادية، والتحكم في وظائف جسمه، والقدرة على الاختيار ..سوف يسفر عن نشأة مشاعر صحية من احترام النفس والميل إلى الإستقلال لديه.

وتتضمن المرحلة التالية تمركز قضايا النمو حول أزمة " المبادأة في مقابل الشعور بالإثم أو الذنب Initiative vs. guilt وهي تمتد من الثالثة إلى الخامسة أو السادسة من عمر الطفل تقريبا ، وتقابل المرحلة الأوديبية عند فرويد، وتتميز بتزايد الحركة البدنية، وحب الاستطلاع والاقتحام . وغالبا ما يصنف الوالدان أطفالهم في هذه المرحلة بأنهم يريدون معرفة كل شيء أو الوصول إليه ، وهنا يتعين على الوالدين الحكماء بذل قصارى جهدهم للمواءمة بين ما يسمحون به للأطفال وما يمنعونهم عنه . وقد يصبح الطفل عدوانيا وجريئا؛ ومستغلا للآخرين اجتماعيا وعاطفيا دون تمييز لحقوقهم ، أو أنه يتعين عليه التحكم في عملية التعبير عن غرائزه. ومن جهة أخرى فإن محاولة الوالدين إرغام الطفل على ضبط النفس، وإشعاره بالذنب قد تحبط رغبته الطبيعية في اكتشاف نفسه وبيئته، وتجعله سلبيا ، ويخشى المعرفة ، ويميل إلى الجبن والانطواء .

وخلال الأعوام من الخامسة أو السادسة حتى المراهقة يتعرض الأطفال للتوتر الذي يتمركز حول قضايا " المثابرة في مقابل الشعور بالدونية " Industry vs. inferiority , وذلك عندما تتزايد حركتهم إلى خارج المنزل سواء في بيئة الحي مع الجيران أو المدرسة . ونظرا لما لدى الأطفال من استعداد ورغبة في التعلم خلال هذه السنوات نجدهم يحاولون توظيف طاقاتهم في استكشاف العالم المادي المحيط بهم من جهة، وعلاقتهم بالآخرين من جهة أخرى . وهنا نجد أن البيئة الأمنة تشجع الطفل على التفاعل مع مختلف جوانبها سواء المادية أو الاجتماعية بصور تساعده على تنمية الإحساس الإيجابي بالمثابرة ، والثقة في قدرته على القيام بما يوكل إليه من أعمال بإتقان ، وتكوين علاقات مثمرة مع الآخرين ، وعلى عكس ذلك فعندما يتعرض الطفل للفقر والإحباط فغالبا ما تنتابه مشاعر الدونية ، وعدم القدرة على مواجهة أعباء الحياة لسوء الحظ .

ورغم أن إريكسون ناقش الأزمات النفسية والاجتماعية المختلفة خلال دورة حياة الطفل، فإن الأزمة الأخيرة التي تظهر في مرحلة المراهقة غالبا ما تمتد جذورها إلى الطفولة ، وهي تتعلق بقضية " الشعور بالهوية في مقابل تشوه الهوية " Identity vs. identity diffusion . إن النمو السوي للطفل خلال المراحل السابقة يؤهله للدخول في المراهقة بصورة واضحة عن هويته ، وتجريب بعض نماذج الأدوار وأساليب الحياة . فالبيئة الإنسانية التي تتيح للطفل فرصة تجريب الأدوار بثقة تساعده على تكامل مختلف الأدوار والأساليب في شخصية ناضجة تتسم بالثبات والحرص ، والتوجه نحو الهدف . ومن جهة أخرى فإن البيئة التي تحاول كف رغبة المراهق في اكتشاف نفسه، وتشجعه على عدم تجريب أي طرق بديلة لإشباع رغباته ، أو السخرية من المراهقين ومحاولاتهم لإثبات الوجود؛ كل ذلك من شأنه تنمية عدم القدرة على تكوين صورة ثابتة عن الذات لديهم .وفي

مثل هذه الحالات ، فإن المراهق غالبا ما يتعثر في حياته ، ولا يستطيع اكتساب نسق قيمي ثابت ، ويخفق في تنمية الشعور بقيمة الذات أو الهوية المحددة الثابتة .

وجدير بالذكر أن أهمية نموذج إريكسون في النمو الإنساني يكمن في التأكيد على العالم الخارجي الإنساني الذي ينشأ فيه الفرد . إن تفاعلاتنا مع الناس المهمين في حياتنا بما لديهم من قيم غالبا ما تحدد لنا المسار الذي نتخذه أثناء العمل على تكوين شخصيتنا . وبينما ركز فرويد على أهمية الدوافع الداخلية من حيث التأثير على نمو الفرد، فإن إريكسون حاول من جهة أخرى التأكيد على الدور المهم الذي يلعبه الوالدان ، والقيم الثقافية ، ومختلف المؤسسات الاجتماعية في هذا الصدد . ومن ثم فإن وجهات النظر السيكودينامية في النمو أتاحت لنا فرصة التعرف بوضوح على مختلف القوى الداخلية والخارجية التي تتفاعل مع بعضها كي تؤثر في حياة الأفراد . إن معرفة وجهات النظر هذه تعد أمرا بالغ الأهمية بالنسبة للمربين ، وغيرهم من القائمين على شؤون الأطفال ؛ لأنها تذكرنا دائما بضرورة النظرة المتأنية والمتعمقة عند تناول مشكلات الطفولة والمراهقة ، وليس مجرد الإنشغال بالقضايا السريعة ، أو البسيطة ، أو السطحية في هذا الصدد . وبدلا من ذلك فإن وجهة النظر السيكودينامية تحثنا على ضرورة أن نأخذ في الاعتبار دائما مختلف القوى الخفية في أنفسنا ، وتلك الكامنة بعمق في قيمنا ومؤسساتنا الثقافية التي غالبا ما نخفق في أدراك وجودها .

النظريات السلوكية في النمو

تعود نشأة علم النفس السلوكي إلى عام ١٩١٣ حين نشر جون ب واطسون (١٨٧٨-١٩٥٨) ورقة نظرية بعنوان " علم النفس كما يراه السلوكيون

" وكان واطسون يعمل أستاذا بجامعة جون هوبكنز J. Hopkins الأمريكية ؛ حيث رفض ما اسماه علم النفس الذاتي وغير العلمي الذي كان سائدا حينئذ، وقدم وجهة نظره في ذلك حيث رأى بأن علم النفس يمكن أن ينضم إلى مصاف المجالات العلمية الحقيقية إذا ركز على الدراسة العلمية للسلوك . وقد طور واطسون وجهة النظر القائلة بأنه يمكننا معرفة أي شيء نحتاجه عن السلوك البشري من خلال الملاحظة الموضوعية بدلا من الاعتماد على التقارير الذاتية التي يعدها الفرد بنفسه عن نفسه . وقد تأثر تفكير واطسون بأعمال كثير من علماء النفس الأمريكيين في ذلك الوقت ، وكلها حثت على إجراء مزيد من الأبحاث حول تفسير عملية التعلم وكيفية حدوثها. ومنذ عام ١٩١٣ وحتى الآن احتلت الأبحاث حول عملية التعلم مركز الصدارة في مجال علم النفس السلوكي ، وربما يعد ذلك من أكثر مجالات الأبحاث نشاطا في مجالات علم النفس والتربية في أمريكا في الوقت الراهن .

وقد طور واطسون بعض الأفكار حول تطبيق مبادئ الاشتراط السلوكي خاصة فيما يتعلق بنمو الطفل . وقد أسفر شيوع أفكار واطسون عن تأثيرات بالغة فيما يتعلق برعاية الأطفال ، والبرامج التربوية وذلك خلال العشرينيات وحتى الخمسينيات من القرن العشرين حيث مهدت لظهور علم النفس السلوكي الحديث .

وقد ركزت أعمال ب . ف . سكنر B. F. Skinner (١٩٠٤) على أهمية وتعقد العلاقة بين السلوك وتوابعه أو ما يقترن به . ويطلق على أي شيء أو حدث يعقب السلوك ويؤدي إلى زيادة احتمال حدوثه على معززا Reinforcer . وهناك نوعان من المعززات إيجابية وسلبية . ويتضمن التعزيز الإيجابي Positive Reinfercement تقديم شيء مرغوب عقب السلوك مباشرة من شأنه تدعيمه وزيادة احتمالات حدوثه . أما التعزيز السلبي Negative فيتضمن إبعاد شيء غير

مرغوب أو مثير منفر (إزالة عقاب) عقب السلوك مباشرة من شأنه زيادة احتمال حدوثه أيضا.

وعلى العكس من ذلك فإن أي شيء أو حدث يعقب السلوك ويؤدي إلى خفض احتمالات حدوثه يطلق عليه " عقاب " Punishment ، وفي النهاية فإن "الانطفاء " Extinction يتضمن توقف السلوك عن الظهور نتيجة إبعاد الأشياء أو الأحداث التي سبقت أن اقترنت به . ومن خلال المعالجة الواعية لتوابع السلوك يمكن تعديل كثير من السلوكيات ؛ سواء تشكيل سلوكيات جديدة ، أو تنمية سلوكيات أخرى مرغوبة شخصيا أو اجتماعيا ، وكذلك التخلص من السلوكيات المضطربة (غير المرغوبة) أو خفض معدل حدوثها .

وقد ثار جدل كبير في السنوات الأخيرة حول فاعلية مبادئ وفنيات تعديل السلوك وأخلاقيات تطبيقها على الإنسان . ومع ذلك فلا يمكن إنكار ما أحدثه علم النفس السلوكي من تأثيرات كبيرة سواء على مداخل علاج المشكلات النفسية أو أثناء إعداد برامج التدخل التربوية المناسبة لها . وسوف نتناول المفاهيم والفنيات السلوكية وتطبيقاتها بمزيد من التفصيل في الجزء الثاني من هذا الكتاب.

وجدير بالذكر أن أهم تأثير لعلم النفس السلوكي يكمن في أنه زودنا بتقنية معينة تساعدنا في تفسير المشكلات النمائية، وكيفية الوقاية منها، وإعداد برامج التدخل المناسبة لها، والتي أثبتت فاعلية كبيرة ، كما أنه يمكن تطبيقها في كثير من المواقع البيئية .

ورغم أن أعمال سكنر تعد من أكثر القوى تأثيرا في علم النفس المعاصر في أمريكا، إلا أن عددا من الباحثين الآخرين في المجال حاولوا تطوير بعض الموضوعات السلوكية الأساسية ، وقد أسفر ذلك عن قفزات نظرية بارزة في هذا

الصدد. وربما تعد نظرية التعلم الاجتماعي مثالا لأهم وأبرز التطورات والتغيرات التي حدثت في علم النفس السلوكي خلال النصف الثاني من القرن العشرين .

نظرية التعلم الاجتماعي

حاول أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي توسيع النظرة الضيقة للمبادئ السلوكية التقليدية ؛ من خلال النظر في كيفية حدوث عملية التعلم في عالم الواقع وليس في معمل علم النفس . وعلى العكس من النظريات السيكودينامية والسلوكية ؛ حيث كانت الأفكار الجديدة تحاول إحداث تغييرات جوهرية فجائية في أسلوب التفكير حول الشخصية والسلوك ، فقد ظهرت نظرية التعلم الاجتماعي ببطء؛ حيث حاولت جمع الأفكار من عدة اتجاهات بصورة تدريجية ، ثم تجميعها في نسيج كلي معقد وثري ومفصل من المفاهيم والأفكار .

ويبدو من الصعب إرجاع بدايات نظرية التعلم الاجتماعي إلى باحث واحد بعينه ؛ فقد بدأ مجموعة من الباحثين نشر نتائج أبحاثهم التي حاولت توسيع وإثراء وجهات النظر المحدودة (الضيقة) السائدة وذلك مع نهاية الأربيعنيات وخلال الخمسينييات من القرن العشرين . فقد نشر على سبيل المثال جون دولارد ونيل ميلر John Dallard & Neal Miller (١٩٥٠) كتابا مميزا بعنوان " الشخصية والعلاج النفسي : تحليل في ضوء مفاهيم التعلم.والتفكير والثقافة " ، حيث حاول المؤلفان إحداث نوع من التكامل بين المفاهيم السيكودينامية ومبادئ التعلم السلوكية ، وكان هذا هو مدخلهم الأساسي في تناول النمو الإنساني بصورة عامة. وقد حاول دولارد وميلر إيضاح أن النظرة الضيقة التي تبناها كل من أصحاب النظريتين السيكودينامية والسلوكية لم تكن كافية لفهم الشخصية . وبدلا

من ذلك فقد حاول المؤلفان توضيح كيفية تفاعل الدوافع الإنسانية الأساسية مع ميكانيزمات التعلم كي تنتج سلسلة وسياقا من السلوكيات ، التي تتفاعل بدورها وتتجمع مرة أخرى كي تنتج نماذج من السلوكيات الفردية المتماسكة التي يصعب حلها، وكذلك نماذج من المؤسسات الاجتماعية والثقافية المعقدة . ومن ثم تصبح تلك النماذج قوى تعمل علىَ تشكيل توجهات نماذج التعلم الفردي والثقافي اللاحق.

وفي نفس الوقت تقريبا كان روبرت سيرز Robert sears يجري دراسات حول أنماط رعاية الطفل التي قادته إلى تناول الشخصية الفرديه باعتبارها نتاجا لتفاعلات بين قوى عضوية ، وتفاعلات أسرية ، وأخيرا تفاعلات خارج الأسرة ، وكلها تنصهر عبر ميكانزمات التعلم المعقدة (سيرز و ماكوبي وليفين Sears , Maccoby & Levin ، ١٩٥٧) .

وفي ذات الوقت أيضا كان كل من جون ويتنج John Whitnig بجامعة هارفارد وإرفين تشيلد Irvin Child بجامعة ييل الأمريكية يجرون دراسات حول تغييرات في خصائص الشخصية للأفراد الذين ينتمون إلى جماعة ثقافية معينة (ويتنج وتشيلد ، ١٩٥٣) . وقد تأثر هذان الباحثان بوجهة نظر دولارد وميلر بصورة واضحة ، ومن ثم استخدما مفاهيم وفنيات الانثروبولوجيا الثقافية لدراسة الاختلافات في انماط الاستقلالية ، والرضاعة والفطام ، والتدريب على الاخراج، والنمو الجنسي ، والعدوانية بين جماعات ثقافية مختلفة تمتد من المجتمع الأمريكي المعاصر عبر قبائل الهنود الأمريكيين الوطنيين وصولا إلى بعض الجماعات الثقافية المعزولة في جنوب الباسيفيك . وقد أظهرت نتائج هذه الدراسات بوضوح وجود علاقات مهمة بين كل من القيم والمؤسسات الثقافية ، وانشطة الرعاية اليومية للطفل، ونمط شخصية الفرد .

وقد تجمعت كل تلك التوجهات البحثية في أعمال البيرت باندورا وريتشارد والترز Albert Bandura and Richard Walters (١٩٦٣) وذلك في محاولتهم دراسة ميكانيزمات معينة من المحاكاة والتوحد الاجتماعي . ورغم إدراك باندورا ووالترز لأهمية مبادئ التعلم مثل التعزيز ، والعقاب، والانطفاء إلا أنهما حاولا توسيع فهمنا لتلك المبادئ ، وأوضحا وجود كثير من الأمور المهمة المتعلقة بعملية التعليم لا تحدث بصورة مباشرة ؛ ولكنها تحدث من خلال ملاحظة الآخرين ونتائج سلوكهم . ويستخدم الأطفال العمليات المعرفية واللغة في تعلم الاستجابات المناسبة ، وطرق حل المشكلات ومختلف أنماط السلوك من خلال ملاحظة الآخرين المحيطين بهم مباشرة في البيئة ، وخلال وسائل الثقافة المختلفة فيما بعد . وقد أجرى باندورا ومعاونوه سلسلة من الدراسات التقليدية أوضحت نتائجها أن الأطفال يمكنهم تعلم سلوكيات معينة (كالسلوك العدواني مثلا) ليس من خلال ملاحظة الكبار والصغار الذين يمارسونها مباشرة فحسب، وإنما أيضا من خلال مشاهدة نماذج من تلك السلوكيات في فيلم سينمائي أو فيديو (باندورا Bandura ، ١٩٦٩، ١٩٧٤ ؛ بلندورا وروس وروس Bandura , Ross & Ross ، ١٩٦١ ، ١٩٦٣) ورغم أنه لم يكن أمرا غريبا أن يعرف أي فرد أن الأطفال يتعلمون بالمحاكاة ، إلا أن هذه الجهود أسفرت عن توفير إجابات لكثير من التساؤلات حول كيفية حدوث المحاكاة والتوحد ، ولماذا تحدث ؟

وتكمن أهمية المزج بين التفكير ونتائج الأبحاث في نظرية التعلم الاجتماعي في أنها تمخضت عن إنتاج مجموعة من المفاهيم ، والمبادئ التي أصبحت أمورا محورية في تنظيم الأفكار المستقاة من عدد كبير من التخصصات العلمية والنماذج النظرية . وهكذا فقد بدأ أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي عملية من التكامل الفكري (أو العقلي المعرفي) أتاحت للمتخصصين في مجالات علم النفس ،

والتربية ، وعلم الاجتماع ، وعلم البيئة السلوكية ، والانثروبولوجيا الثقافية أن يتواصلوا مع بعضهم من خلال بعض المصطلحات العامة ، وأن يصلوا إلى نوع من التفاهم العام فيما بينهم .

نظرية بياجيه في النمو

يعد جان بياجيه Jean Peaget – العالم السويسري – من الرواد الذين اهتموا بدراسة النمو المعرفي لدى الأطفال، وذلك رغم أن معظم الباحثين في هذا المجال ركزوا على دراسة نمو الخصائص الشخصية والسلوكية لديهم . لقد بدأ بياجيه حياته العلمية بدراسة علم الحيوان وأصل الأنواع ، ثم امتدت اهتماماته إلى دراسة نظرية المعرفة ؛ وهي ذلك الفرع من الفلسفة الذي يبحث في تفسير وفهم كيف نحصل على المعرفة . وقد ركز بياجيه على دراسة عمليتي التفكير والتعلم لدى الأطفال ، في محاولة لفهم جذور المعرفة الإنسانية ونموها . وقد استمد بياجيه معظم أفكاره واختبرها من خلال ملاحظة أبنائه أثناء نموهم من المهد إلى الطفولة ثم المراهقة .

وقد درس بياجيه ردود أفعال الصغار واستجاباتهم عندما يلاحظون الأفراد والأشياء في بيئتهم ويتفاعلون معها . ثم تطرق أخيرا لدراسة نوعية الأسئلة التي يثيرها الأطفال واستجابات الآخرين لها . ومن خلال الملاحظة المنظمة الدقيقة بدأ بياجيه تسجيل ما يبديه الأطفال من ملاحظات وفهم ، وبالتالي قام بوصف سياق مراحل النمو المعرفي المنظم لديهم .

يعد تفكير الوليد في بداية حياته انعاكاسا لأنشطته البدنية وردود أفعالـــه , وفي هذه المرحلة يتمركز المواليد حول أنفسهم بصورة كلية ومن ثـــم لا يوجــد لديهم إدراك حقيقي لوجود أناس وأشياء أخرى منفصلة في البيئة، كما لا توجــد لديه قدرة على فهم العالم وما يتضمنه من وجهات نظر أخــرى . وهنــا يتكــون التفكير من الاحساسات والاستجابات الحركية . لذلك أطلق بياجيه على المرحلــة الأولى من النمو " فترة النمو الحسيه الحركية " Sensorimotor Period . وتتكـــون ردود أفعال الطفل خلال هذه الفترة والفترات التالية من النمو أساسا من عمليتـــي " التمثل " Assimilation والتكيف أو المواءمـــة Accomodation وتتضمـــن عمليـــة التمثل محاولة الطفل تعديل نظامه الإدراكي الداخلي وأنماط حركته أثناء استجابته للمثيرات البيئية كي يصبح قادرا على الوصول إلى الأشياء ، ومواجهة متطلبـــات البيئة الطبيعية كما هي في الواقع أو التكيف معها . ومـــن خـــلال ردود الأفعـــال وتأثيراتها في البيئة الواقعية من خلال تبادل عمليتي التمثل والتكيف يبدأ الطفـــل بناء " خطة " Schemata تتضمن تصورات ذهنية عن كيفية عمـــل الأشـــياء فـــي البيئة . وتتعرض هذه الخطة بالتالي لمزيد من التعديل والوضوح من خلال نمـــو قدرات الطفل العقلية أو نضجها ، وتفاعلاته مع الناس والأشياء المحيطة به فـــي البيئة . وتبدأ اللغة في الظهور خلال هذه الفترة ، ويبدأ الأداء العقلي واللغوي في الإحلال مكان نموذج التفكير الحسي الحركي السابق .

ويبدأ الطفل خلال العامين الثالث والرابع تقريبا تكوين أفكار مبســطة عــن طريقة عمل الأشياء في البيئة والعالم المحيط به ، وبالتالي يتزايد استخدام قدراته العقلية في التفكير بينما يتناقص التفكير من خلال الأنشطة الجسمية . ويطلق على هذه المرحلة " فترة التفكير التصوري " Preconceptual Period ويظل الطفل خلالــها متمركزا حول ذاته، ويصعب عليه معرفة طرق أخرى لاكتشاف البيئة ، ورغم ذلك

فهو يبتعد تدريجيا عن التفكير الحسي الحركي (أي في ضوء الوظائف البدينة فقط) ويصبح قادرا على استخدام الأفكار الحقيقية وإن كانت بسيطة أو بدائية . ويظل الأطفال خلال هذه المرحلة أيضا يفكرون في أن لكل شيء روح حتى الجماد؛ فكل شيء له تفكير ودوافع ومقاصد، مثال ذلك عندما يتحدث الطفل عن "المنضدة السيئة " التي اعتدت عليه وصفعته في رأسه .

وخلال " فترة التفكير الحدسي " Intuitive Period من العام الرابع حتى السابع تقريبا من العمر يبدأ الأطفال في تنمية القدرة على الاستنتاج ، وتكوين المفاهيم ، والتعميم بصورة بسيطة وعلى مستوى أقرب إلى الحدس منه إلى التفكير المنطقي. وبدلا من أن يستطيع الطفل اكتشاف العلاقات بين المسببات والنتائج ؛ نجده قد يصل إلى العلاقات أو يعرفها دون القدرة على فهمها أو تفسيرها .

وتبدأ فترة " العمليات العيانية " Concrete operations من العام السابع حتى الحادي عشر تقريبا ، حيث يحرز الطفل مزيدا من النمو في القدرات العقلية مع الاستمرار في عملية التعلم من خلال التمثل والتكيف، كما تتسع خطته العقلية وتزداد تعقيدا. ويشير مصطلح العمليات العيانية إلى حقيقة أن الطفل يبدأ في التعامل العقلي مع العالم باستخدام أفكار لا تزال أكثر عيانية أو ملموسة . ورغم أنه يصعب على الطفل الوصول إلى الأفكار المجردة في هذه الأونة، إلا أنه يستطيع التعامل مع الأشياء الحقيقية أو العيانية عقليا ، حيث يستطيع مثلا توقع ما يترتب على إلقاء حجر في حوض به ماء بصورة ملموسة ، ومع ذلك يبقى الطفل غير قادر على التفكير بصورة أكثر تجريدا حول العلاقات المادية بين الجوامد والسوائل.

وتبدأ قدرة الطفل على التفكير المجرد في الظهور خلال " فترة العمليات الصورية أو الشكلية " Formal operations وذلك من العام الحادي عشر تقريبا من عمره . وتتناقص معظم جوانب التفكير المتمركز حول الذات والتفكير الذي يعتقد بوجود روح لكل شيء تدريجيا ، وفي المقابل تزداد القدرة على التفكير في المفاهيم المجردة ، والتفكير على المستوى النظري أو الذهني لما يمكن أن تكون عليه الأشياء وليس ما هي عليه بالفعل فقط ، كما يمكن أن يدرك معنى بعض المفاهيم المجردة مثل العدل والمسئولية . وهنا يصبح المراهق قادرا على أن يأخذ في اعتباره ما يمكن أن يترتب على أفعاله من وجهة نظر الآخرين، كما يأخذ في اعتباره ما إذا كان مسموح له بممارسة أنماط سلوكية معينة أم لا .

وحري بنا أن ندرك جيدا أن مراحل النمو التي استعرضها بياجيه تعكس أنماطا عامة من النضج والتعلم ، وأن وقت ظهورها والمدة التي تستغرقها قد تختلف من فرد إلى آخر ، وقد يمكن تمييزها بوضوح لدى بعض الأطفال دون الآخرين . فمن المعروف أن بعض الأفراد الكبار على سبيل المثال قد يستمرون في الاعتقاد بأن كل شيء في العالم له روح، كما يظل بعض الأفراد يفكرون بصورة أكثر عيانية ، أو يتمركز تفكيرهم حول ذواتهم أكثر من الآخرين . ولعل أنماط التفكير والسلوك الخرافي ، والنمطي ، والدفاعي تعد أمثلة واضحة تدل على وجود مثل هذه الأشياء بين الناس في عالمنا المعاصر .

ومن المهم هنا أن ندرك أن النمو المعرفي يحدث بصورة طبيعية منظمة، وأن ما يحدث للطفل من نمو سواء في الخصائص الشخصية أو السلوكية من يوم إلى آخر لا يتم بمعزل عن طاقاته العقلية . لذلك يصبح من غير المعقول التعامل مع الطفل في مستوى التفكير التصوري من النمو العقلي على أساس مفاهيم مجردة تتضمن الصح والخطأ ، ومن الحماقة أن نتوقع من الطفل أن يأخذ في

اعتباره النتائج طويلة المدى لسلوكه كما هو الحال لدى الكبار . ولكي نفهم مشكلات الطفولة جيدا ؛ يتعين علينا دائما أن نأخذ في الاعتبار طريقة الطفل نفسه في التعامل مع العالم وفهمه له . وهنا يصبح التدخل ذي معنى وأكثر فاعلية .

وهكذا فقد أضافت ملاحظات بياجيه الميدانية الدقيقة وتأكيده على أهمية النضج العقلي كثيرا من العمق والثراء لفهمنا لنمو الطفل ، كما أضافت منظورا خصبا لعمليات التدخل العلاجي والتربوي . كما أن تفسيره لعمليات التمثل والتكيف أوضحت أهمية وجهة النظر التفاعلية في فهم أسباب مشكلات الشخصية والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال. وقد دفعتنا دراساته إلى اعتبار عمليات النضج الداخلية بمثابة المكونات الأساسية للنظام البيئي يوضح المربع رقم (٢-١)الأعمار الزمنية المقابلة لمراحل النمو المختلفة في أبرز النظريات سالفة الذكر .

النظرية البيئية

في الحقيقة لا توجد نظرية بيئية في نمو الطفل، وإنما توجد وجهة نظر أو منظور بيئي للنمو ، وبعبارة أخرى هناك طريقة معينة في النظر إلى كيفية ظهور المشكلات تعكس التوجه البيئي. وعلى العكس من معظم النظريات التي سبقت مناقشتها لا يوجد فرد بعينه مسئول عن تطوير المنظور البيئي في نمو الطفل أو مشكلات الطفولة . فقد ظهر هذا التوجه بصورة تدريجية من خلال أعمال عدد من الباحثين البارزين الذين أدركوا أن كل طفل يتعرض لكثير من القوى المادية والاجتماعية المتفاعلة مع بعضها ، كما أنه يتعرض لعملية تغير

مربع رقم (٢-١) الأعمار الزمنية المقابلة لمراحل النمو في بعض النظريات

يوضح المخطط التالي الأعمار الزمنية التقريبية ومداها لمراحل النمو التي اقترحها كـــل من فرويد ، وإريسكون ، وبياجيه ، وتعتمد الأعمار التي تظـــهر عندهـــا القـــدرات العقليـــة ، والقضايا ، والاهتمامات المختلفة على العمر العقلي ، والخبرات النفسية ، وكذلك العمر الزمنـــي للطفل ، وحيث أن أصحاب النظريات السلوكية ونظريّة التعلم الاجتماعي لم يتناولوا النمو فـــي صورة مراحل لذلك لم يشملها هذا المخطط .

العمر	فرويد	إريكسون	بياجيه
٠-١	المرحلة الفمية	الثقة في مقابل الشك و سوء الظن	الفترة الحسية الحركية
٢	المرحلة الأستية	الاستقلالية في مقابل الخجل والريبة	
٣-٤	المرحلة القضيبية	المبادأة في مقابل الشعور بالإثم	فترة ما قبل العمليات
٥-٦	مرحلة الكمون	المثابرة في مقابل الشعور بالدونية	
٧-١١			العلميات العيانية
١٢	مرحلة المراهقة	الشعور بالهوية في مقابل تشوه الهوية	العمليات الصورية أو الشكلية

مستمرة نتيجة تأثره بتلك القوى وتأثيره فيها ، ويطلق على ذلك المجال من الأشياء سواء الحية أو غير الحية بما في ذلك الطفل النظـــام البيئـــي Ecosystem (سيلز Sells ، ١٩٦٣ ، ١٩٦٦) ونظرا لأن النظام البيئي عبارة عن مجال مـــن القوى المتفاعلة فليس من المحتمل حدوث تغير لأي طفل بما في ذلـــك تعرضـــه للمشكلات الحادة بمعزل عن النظام الكلي (سواء حاضرة أو ماضيه) الذي يعيش فيه هذا الطفل (هويت Hewett ، ١٩٨١) .

وبصورة أكثر تحديدا فإن الطفل يعتبر مخلوقا حيا ينمو في عالم يتضمن مجموعة من الحقائق المادية الكيميائية، والنفسية ، والاجتماعية ، الأنثروبولوجية ، والتاريخية التي تمثل واقعا يعيش فيه الطفل ويتشكل نتيجة تعرضه لخبرات تتضمن تلك المؤثرات ، ويشير علم النفس البيئي إلى ما يحدث من تفاعل بين مختلف القوى النفسية وغير النفسية التي تؤثر على الفرد (ليفين Levin ، ١٩٥١) . وقد ظهرت فكرتان أساسيتان من خلال ذلك المفهوم : تذهب الأولى إلى أنه ليس من المحتمل تغيير أي جزء من النظام البيئي دون التأثير على بقية الأجزاء بدرجة أو بأخرى . بينما تذهب الثانية إلى إمكانية إحداث تغيير في عنصر معين من النظام البيئي بصورة مقصودة، من خلال تغيير عنصر آخر غير مقصود .

قد يصعب تغيير سلوك الطفل دون إحداث تغييرات مماثلة في سلوكيات مختلف أفراد أسرته . ففي بعض الحالات قد تكون الأسرة وصلت إلى مستوى ثابت من التكيف والاستقرار بعد فترة زمنية طويلة ، ومن ثم فقد يقاوم أفرادها أي تغيير في سلوك الطفل لأن ذلك قد يتطلب حدوث تغيير لهم أيضا . فإذا تم تعديل سلوك الرفض لدى الطفل مثلا فإن ذلك يفقد والداه الغاضبان الذين دأبا على إساءة معاملته حجتهم للاستمرار في عقابه والتعبير عن مشاعر العداء نحوه. وفي المقابل فقد يمكن تغيير ذلك السلوك غير المرغوب لدى الطفل من خلال العمل مع الوالدين الغاضبين مباشرة لأن صراعاتهم وإحباطاتهم هي التي تشير إلى ذلك السلوك . وقد طور علماء النفس البيئي عدة فروض أساسية حول مثل هذه التفاعلات . (أنظر المربع رقم ٢-٢) .

مربع رقم (٢-٢) مبادئ وافتراضات النموذج التكاملي / البيئي

١- المعرفة لا تكتمل أبدا ، إن ما يتوافر لدينا من معرفة في أي وقت يمثل جزءا يسيرا من الفهم حول كيف يمارس الافراد سلوكيات معينة ؟ ولماذا ؟

٢- قد توفر مختلف وجهات النظر مداخل مفيدة – ولكنها محدودة – لفهم الظاهرة السلوكية .

٣- إن المدخل المفيد لفهم السلوك لا يتأتى إلا من خلال التكامل المنطقي للمفاهيم النظرية ، ونتائج الابحاث ، والخبرات الكلينيكية .

٤- يحدث اضطراب السلوك لدى الطفل نتيجة اضطراب النظام البيئي الذي يعيش فيه وليس نتيجة لاضطراب الطفل نفسه (سواب ، وبريتو وهارت Swap , Prieto & Harth ، ١٩٨٢) .

٥- بينما قد يرجع السلوك المضطرب إلى عدة أسباب محتمله لأي من مكونات النظام البيئي، فإنْ الطبيعة التفاعلية للسلوك قد تؤدي إلى تحويل ذلك السلوك المضطرب بدوره إلى اضطراب في النظام كله بأسرع ما يمكن .

٦- يجب أن توجه أساليب التدخل اللازمة لتعديل الاضطراب البيئي بصورة مباشرة نحو النظام البيئي كله بدلا من التركيز على مكون واحد منه فقط .

المواقف السلوكية

في معرض تطويرها للنموذج البيئي لاضطرابات الطفولة قدمت سوزان سواب Susan swap تصورا يتضمن عدة مستويات من التحليل وتعد أساسية لفهم الطفل (سواب Swap ، ١٩٧٨) .

أولا : هناك مستوى الموقف السلوكي الذي يتكون من البيئة المادية، وخصائص برامج الأنشطة ، والعادات الإنسانية ، والظروف الزمنية التي يعيش فيها الطفل . ويعد المنزل، أو المدرسة ، أو مراكز تجمع الجيران ، أو أماكن العبادة ، أو مركز الشرطة المحلي .. مواقف سلوكية قد يعمل فيها الطفل في أي وقت . إن الطريقة التي يتم بها تصور أو فهم الموقف السلوكي يتوقف على الخصوصية التي يختارها الملاحظ . وقد تضيق الأمثلة السابقة وتصبح أكثر خصوصية (اشتراك أفراد الأسرة في حمام واحد بالمنزل في الصباح) ، وقد تتسع لتصبح أكثر شمولا (مركز الشرطة في أحد أحياء المدينة ، أو في أحد المجتمعات الريفية) . وغالبا ما يحدث السلوك المضطرب لدى الطفل في أي موقف نتيجة لما يحدث من تفاعل بينه وبين عناصر ذلك الموقف .

أنماط سلوكية عبر المواقف

يتضمن المستوى الثاني للتحليل السلوكيات التي تحدث عبر المواقف . وفي هذا المستوى يتم البحث عن الثبات أو التغيير عبر المواقف السلوكية ، فإذا كان الطفل يمارس السلوك المضطرب في المنزل في الصباح وخلال الحصص الصباحية ، بينما يكون أكثر تعاونا خلال ساعة الغذاء ، ثم يعود إلى ممارسة السلوك المضطرب في الحصص بعد الظهر، ويستمر في إثارة المشاكل طول اليوم ... فكل ذلك قد يتيح عدة طرق للتفسير أمام المعلم أو الإختصاصي النفسي الذي يحاول إعداد برامج تدخل ناجحة لتعديل سلوك هذا الطفل .

المجتمع والثقافة

يتضمن المستوى الثالث للتحليل المجتمع والثقافة التي يعيش فيها الطفل، ويشمل ذلك القيم والمعايير الاجتماعية، وكذلك المؤسسات الرسمية مثل المدرسة، وعيادات الصحة النفسية ، ودور العبادة فضلا عن الوسائط غير الرسمية للثقافة مثل التلفزيون، والمجلات ، والجرائد . وقد يشمل هذا المستوى أيضا متغيرات مثل المستوى الاجتماعي – الاقتصادي ، والكثافة السكانية ، وأساليب الرعاية المتوفرة للطفل في الجماعة التي يعيش فيها.

وينطوي كل مستوى من تلك المستويات الثلاثة على عدد من الخصائص المعينة . ففي مستوى الموقف السلوكي يجب أن نأخذ في الاعتبار خصائص الطفل، كالمزاج ومستوى الذكاء مثلا (توماس وتشيس Thomas & Chess ، ١٩٧٧؛ توماس وأخرون Thomas et al، ١٩٦٨) . فتغير أمزجة الأطفال تعد عوامل أساسية تؤثر على استجاباتهم لأولياء أمورهم واستجابات أولياء الأمور لهم أيضا . وتعد خصائص الآخرين المهمين (مثل أولياء الأمور والمعلمين) في الموقف السلوكي على درجة كبيرة من الأهمية أيضا . كما أن الوسط المادي ؛ مثل حجم الأسرة ، وعدد غرف المنزل، وكفاية الإضاءة والتهوية بغرفة الدراسة، وطبيعة الكتب المدرسية .. كلها عوامل تؤثر بصورة كبيرة على سلوك الطفل . فكل معلم متمرس يعرف أهمية تنظيم المقاعد بغرفة الدراسة ، وكذلك المحافظة على نظافتها . كما أن خصائص البرنامج المدرسي ، والحصص ، وتوزيع الوقت، ومهارة المعلم وخبرته ، والمنهج المناسب ، ووجود الملاعب ، والواجبات المنزلية ، وحتى فترة النوم التي يحصل عليها الطفل يوميا .. تعد عوامل ذات تأثير كبير عليه أيضا .

إن فحص الأنماط السلوكية عبر المواقف قد توضح أن الطفل الذي يمارس سلوكا مضطربا ومزعجا في غرفة الدراسة قد يصبح حكما جيدا بالملعب ، أما الطفل الذي يميل إلى الانطواء والعزلة الاجتماعية في الملعب فقد يكون مبتكرا في المنزل الهادئ المريح .

وفي النهاية فعلى مستوى المجتمع والثقافة، يجب فحص تأثير متغيرات مثل مدى توافر المنهج المتميز وكفايته ، وأساليب مواجهة مشكلات الطفولة ، والاتجاهات الاجتماعية نحو مشكلات الطفولة، وتوافر برامج للتعرف على المشكلات ، وخدمات التدخل ، وإيجابية نظم تقديم الخدمات وسرعتها .

ويجب أن نأخذ في اعتبارنا أيضا إيجابية النظام السياسي والاقتصادي لمطالب الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك القيم التي تبث عبر وسائط الثقافة غير الرسمية مثل الإذاعة ، والتلفزيون ، والإعلانات ، والمجلات ، وحتى الكتب الفكاهية . فإلى أي مدى مثلا يكون هناك مبررا لتوقع سلوك تعاوني من طفل يمطر يوميا بوابل من الرسائل (عبر الإعلانات) حول إشباع الرغبة أو المتعة الذاتية، والتنافس وتقبل الغش والخداع أو العدوانية في تحقيق الأهداف؟.

وهكذا ففي ضوء نظام التحليل متعدد المستويات الذي قدمته سوزان سواب، يصبح من الواضح أن المنظور البيئي يتطلب بحثا دقيقا ومنظما ومتكاملا لظروف حياة الطفل بصورة عامة إذا أردنا إعداد برامج تدخل فاعلة وذات معنى . ورغم أن هذا يعد أمرا صعبا إلا أنه ليس مستحيلا . إن الإطار البيئي يتطلب رفض الحلول البسيطة أو القناعة الذاتية المبتذلة . فالمشكلات لا تكمن في الطفل فحسب، وإنما يحدث الاضطراب نتيجة إدراك أولئك الذين يشعرون أو يتأثرون به، وكذلك من يتعرضون للوم والتعنيف بسببه . ورغم توافر مفاهيم مفيدة، وأدوات

بحث حاليا من خلال أفكار النظريات السيكودينامية، والسلوكية ، والتعلم الاجتماعي . إلا أنه يتعين تطبيق هذه الأدوات في ضوء الإطار البيئي الكلي كي تصبح أكثر فاعلية .

وسوف نستعرض بإيجاز فيما تبقى من هذا الفصل بعض المتغيرات البيئية الأساسية ، وسوف تكون المناقشة في صورة اقتراحات وليست نهائية أو كاملة . لقد تحمل المتخصصون في مجال التربية الخاصة مسئولية الاطلاع على الوسائل الفنية للطرق التربوية، وكذلك الإلمام أيضا بمفاهيم ومشكلات التخصصات العلمية ذات العلاقة . ونأمل أن تساعد هذه المناقشة على توفير بعض النقاط الإرشادية لمثل هذه الدراسة .

الأسرة كموقف سلوكي

تعد الأسرة الموقف السلوكي الأول الذي ينمو الطفل في ظله ، وبالتالي فهي تلعب دورا بالغ الأهمية في تنشئته ويتضمن تزويده بالحب والدعم العاطفي، والأمن، والتدريب على السلوك الاجتماعي المرغوب ، فضلا عن توفير الرعاية العضوية الأساسية له من خلال التغذية. فالأطفال يحتاجون إلى الشعور بأنهم مرغوبين ، وموضع الاهتمام والحماية، وموضع الإعزاز والتقدير، كما يحتاجون إلى الشعور بالتقبل والانتماء ، ويحتاجون كذلك إلى التعلم والتوجيه إلى ممارسة السلوكيات المرغوبة اجتماعيا ، فضلا عن منحهم فرص الشعور بالرضاء من خلال ممارسة الأعمال المفيدة والأنشطة المبتكرة (تالبوت Talbot ، ١٩٧٦) .

وفي معرض الحديث عن واجبات الوالدين الإنسانية حيال أطفالهم، أشارت جماعة التقدم بجمعية الطب النفسي بالتعليم العام الأمريكي إلى أهمية الوالدين في نقل القيم الثقافية، والمعتقدات الدينية، والمعايير الاجتماعية من خلال الحب، والقدوة ، والتأديب (جماعة التقدم بجمعية الطب النفسي بالتعليم العام Group For the Advancement of Psychiatry ، ١٩٧٣) . فالوالدان لديهم الحق والواجب في تبني قيم وتوقعات معينة ومحاولة تنميتها لدى أطفالهم . وبدون توافر مثل هذا الإطار لنمو الأطفال فإنهم سوف يفتقرون إلى المعايير السلوكية ، ووضوح الهدف ، أو التوجه ، أو الذاتية ، وسوف يصبحون عرضة لمخاوف لا مبرر لها من العالم، أو البحث عن إشباع الغرائز بصورة غير منطقية أيضا .

ويمكن تحويل مفاهيم فرويد، وإريكسون ، وبياجيه إلى بعض الأفكار التطبيقية الملموسة من خلال ما يلي؛ أولا : يجب أن يحترم الوالدان مسار النمو العادي لطاقات الأطفال. فقد علمنا مثلا من النظرية السيكودينامية أنه يجب السماح لغرائز الطفولة بالنمو في سياقها الطبيعي، ولكن في بيئة لا تعرض الطفل للاستثارة الزائدة . ويحتاج الأطفال إلى الإرشاد الوالدي فيما يتعلق بمواجهة المشاعر الإتكالية ، والجنسية ، والعدوانية ، كما يحتاجون إلى التأكد من أن الوالدين سوف يساعدونهم في ضبط تلك المشاعر . وفي نفس الوقت يحتاجون أيضا إلى معرفة أن مشاعرهم طبيعية، ويمكن إشباعها في ضوء ما تسمح به القيم الشائعة في ثقافتهم . كما يجب أن يهيء لهم المناخ لتنمية الثقة التي تعد أساسا لكل الروابط العاطفية فيما بعد؛ فهم يحتاجون إلى المرور بخبرة الاستقلال الذاتي ، وليس التخبط بين الخجل من دوافعهم أو محاولة إطلاق العنان لها ومحاول إشباعها بصورة عشوائية دون ضوابط . ويتعين على الوالدين أيضا إتاحة الفرصة المناسبة للأطفال للتعبير عن الشغف وحب الاستطلاع، والمبادأة ،

والاكتشاف في إطار القيم واحترام حقوق الغير . كما يجب عليهما أيضا تشجيع الأطفال على الكد والمثابرة ، والتوجه نحو الإنجاز دون الدخول في منافسات غير عقلانية أو غير محسوبة .

ومن أساليب التنشئة الإيجابية المهمة في رعاية الأطفال الحزم بدون جمود أو قسوة ، والإرشاد والتوجيه بدون استخدام التعليمات والأوامر غير المنطقية (تطبيقا للمثل القائل : إذا أردت أن تطاع فأمر بما يستطاع) والقواعد المنطقية غير الجامدة، والتوقعات المناسبة من جميع أفراد الأسرة والثقة المتبادلة بين الوالدين من جهة وبينهم وبين أطفالهم من جهة أخرى . إن توفير مثل هذه الظروف البيئية يساعد الطفل على النمو تجاه المراهقة، والشباب ، وتجاه تنمية مشاعر إيجابية من تقدير الذات، والهوية التكاملية السوية التي تنتظم حول تقبل الذات ، والقدرة على التحمل ، والتسامح ، والتمسك بالقيم الإنسانية .

وقد عرفنا أيضا من خلال وجهة النظر السلوكية ونظرية التعلم الاجتماعي أن الأطفال يحتاجون إلى النماذج الوالدية التي تتسم بالثقة والأمن فيما يتمسكون به من قيم ، كما تتسم بالوضوح والاتساق فيما يتعلق بالسلوكيات المرغوبة التي يطلبون من الأبناء ممارستها ، وذلك من خلال ممارسة الوالدان ، لتلك السلوكيات بأنفسهم . كما يجب تعزيز السلوكيات المرغوبة من خلال إشعار الأطفال بقيمتها وأهميتها . ويجب أن يشعر الوالدان بالراحة والقناعة التامة في مدح السلوكيات المفيدة والنموذجية لدى الأبناء ، وفي نفس الوقت يجب أن تكون لديهم القناعة بصد أو كف السلوكيات الخاطئة أو غير المرغوبة أو غير المفيدة التي قد يمارسها الأبناء .

وبصورة عامة يبدو أن اللجوء إلى أساليب الحب والتقبل بدلا من استخدام القوة والسيطرة في ضبط النظام تعد أكثر ملاءمة في تنمية أفراد أكثر قدرة على تحمل المسئولية عن أفعالهم، ويتسمون بالتعاون في علاقاتهم مع الآخرين ، كما أنهم يقدمون على الشعور بالذنب بصورة مناسبة (بيكر Becker ، ١٩٦٤) . ويتضمن التوجه إلى الحب والتقبل المدح ، واستخدام الحجج المناسبة لعمر الطفل، وعدم التعاطف المؤقت من قبل الوالدين عندما يخطئ الطفل . ومن جهة أخرى فإن طرق استخدام القوة والسيطرة لضبط السلوك مثل العقاب البدني أو التخويف من شأنها إثارة مشاعر العدوانية وعدم التعاون لدى الطفل .

الأسرة الفاعلة (النموذجية)

في دراسة مثيرة لبعض الأنماط المختلفة من التفاعلات الأسرية تعرف بدراسة " الواحة الخضراء " Timberlawn تم إسناد سلسلة من المهام لعدد من الأسرة المتطوعة –التي لم يثبت وجود أي فرد مضطرب انفعاليا فيها– لإنجازها ، وتم تصويرهم بالفيديو أثناء عملهم في تلك المهام، ثم اخضع الفيلم للتحليل بدقة بعد ذلك (لويس، وأخرون Lewis, et al، ١٩٧٦) . وتم مقارنة هذه الأسر بعدد مساو من الأسر التي تتجانس معها إلى حد كبير في مختلف المتغيرات عدا وجود مراهق أو طفل فيها تم إيداعه بالمستشفى لمعاناته من مشكلة انفعالية .

وقد قام بيفرز Beavers (١٩٨٢) بدراسة أفلام الفيديو التي تم تصويرها لمجموعتي الأسر بعناية ، واتضح له إمكانية أن تختلف الأسر فيما بينها من حيث كفاءة تعامل أفرادها وتفاعلهم مع بعضهم . وقد اتضح أن الأسر الفاعلة (التي لا توجد أي مشكلات سلوكية بين أعضائها) يتضمن وجود حدود واضحة بين

الأجيال فيها (الكبار والصغار) ، فرغم وجود وضوح وانفتاح فكري لدى جميع افراد الأسرة إلا أنه لا يوجد أي لبس أو شك حول من هو الوالد ومن هو الطفل . ولم يشعر الوالدان بالحاجة إلى إثبات قوتهم ككبار ، كما لا يشعر الأطفال في هذه الأسر بالحاجة إلى إدعاء القدرة على تحمل مسئولية الكبار قبل الأوان .

واتضح أيضا وجود تكافؤ نسبي بين الوالدين في الأسر الفاعلة من حيث السلطة ، ومثل هذا التكافؤ يلاحظ بين الوالدين اللذين يقومان بأدوار تكاملية وليست تنافسية في سبيل التغلب على ما قد يواجه الأسرة من مشكلات . ومع ذلك فهناك أيضا تكافؤ نسبي في السلطة بين الوالدين والأطفال فيما يتعلق بما يمكن أن ينجزه هؤلاء الأطفال وخاصة الكبار منهم من مهام تفيد الأسرة، ونادرا ما يوجد صراع بين أفراد هذه الأسر فيما يتعلق بالسلطة .

وقد أوضح بيفرز أيضا أنه لا يوجد تماثل في الأدوار بالنسبة للأسرة الفاعلة ، بمعنى أن الوالدين لا يتحملان المسئولية ، وأعباء العمل، ومختلف أنواع المهام بنفس القدر، فقد لوحظ أن أفراد هذه الأسر يعملون كما لو كانوا فريقا رياضيا مدربا بشكل جيد،حيث يقوم كل عضو بدوره المحدد بمهارة وذكاء .

· وهناك خاصية أخرى مهمة تنطوي عليها الأسر الفاعلة تتمثل في تشجيع الأبناء على الاستقلال الذاتي ، فكل فرد يتحمل المسئولية الكاملة عن أفعاله، دون أن يتعرض للوم أو الهجوم الشخصي .. أي لا يوجد كبش فداء في هذه الأسرة (بيفرز ، ١٩٨٢، ص٥٠) . وهنا يتم التعامل مع الأخطاء كأخطاء وليست أعمالا تنطوى على أفعال خبيثة أو ماكرة . فقد يتعرض أفراد الأسرة لبعض الأخطاء دون الحاجة إلى الدفاع عن أنفسهم أو المناورة للحفاظ على ماء الوجه .

وقد أوضحت هذه الدراسة أيضا أن جميع أفراد الأسرة الفاعلة يتمتعون ويرتاحون للانتماء إلى بعضهم البعض ، كما يمكنهم الانخراط في المفاوضات أو المناقشات بمهارة ، وكان واضحا أنه رغم وجود فروق في الأدوار المفترضة لكل فرد في الأسرة إلا أنهم يشتركون جميعا في بعض القيم السامية التي تحافظ عليها الأسرة .

وجدير بالذكر أننا لا نتحدث هنا عن أسر إسطورية لديها قدرة سحرية للتغلب على التوترات ، والإحباطات ، والغضب ، والغيرة وغيرها من المشكلات التي يمكن إن تعترض حياة مختلف الأسر، فهي خصائص توجد أيضا في الأسر الفاعلة . إن الأسر الفاعلة التي شملتها دراسة الواحة الخضراء لا يمكن اعتبارها ضمن فصيلة عليا أو أسر فوق العادة Super Families، فهي تضم أفرادا لديهم مواطن قوة ومواطن ضعف مثل غيرهم . ومع ذلك فمن المهم ملاحظة أن هذه الأسر تمر بخبرات كافية من الحب ، والثقة والاحترام المتبادل الذي يمكن أفرادها من الارتباط مع بعضهم بفاعلية وبطرق تسمح بأقصى مستوى من النمو والنضج لهم جميعا .

نماذج من مشكلات التفاعل والتواصل الأسري

رغم أنه من المشجع والمبهج أن نرى الأسرة تتعامل بطرق تتيح النمو والشعور بالأمن والسعادة لأفرادها، إلا أنه من المهم أيضا الإلمام بأنماط التفاعلات الأسرية التي تؤدي إلى نشأة المشكلات لدى الأطفال. إن معرفة مثل هذه الأنماط من التفاعلات الأسرية تعد أمرا ضروريا لمعرفة متى يتدخل لمواجهة تلك المشكلات، وكذلك كيفية إعداد برامج التدخل الناجحة لها .

أساليب المركزية والنبذ الأسري

استند الباحثون في دراسة " الواحة الخضراء " سالفة الذكر في تحليلاتهم للأسر التي تتضمن أعضاء من المضطربين إنفعاليا إلى مفهومي المركزية Centripetal والنبذ Centrifugal كأساليب للممارسات الأسرية التي تم تحديدها في دراسات مبكرة (ستيرلين Stierlin ، ١٩٧٢؛ ستيرلين وليفي وسافارد Stiertin , Levi & Savard ، ١٩٧٣) .

إن أعضاء الأسر المركزية يحاولون إشباع معظم حاجاتهم في إطار الأسرة ويميلون إلى الشك والريبة في كل ما هو خارج حدود الأسرة . وفي مثل هذه الأسر يتم كبت المشاعر والخبرات السلبية أو تجاهلها . وعلى العكس من ذلك نجد الأسر النابذة أقل ثقة فيما يتعلق بالتفعالات والمشاعر داخل الأسرة وأكثر ارتياحا للأنشطة والممارسات خارج الأسرة . وغالبا ما يشعر أفراد هذه الأسر بمزيد من الراحة في التعبير عن النقد والغضب داخل الأسرة ، كما ينتابهم الشك والريبة في الحصول على المشاعر العاطفية أو الايجابية من أفراد الأسرة .

ورغم أن أساليب المركزية والنبذ يمكن أن توجد في كثير من الأسر لكن ليس بالضرورة أن تصاحب بالاضطرابات الأسرية ، فقد أوضحت دراسة " الواحة الخضراء " وجود أسر فاعلة ونموذجية) توجد فيها هذه الأساليب . ومع ذلك فقد اتضح أن كثير من الأسر المضطربة تسود فيها تلك الأساليب بدرجة ملحوظة .

وقد اتضح أن كثيرا من الأسر المركزية المضطربة تميل إلى الانغلاق على نفسها والتحفظ بالنسبة لكل ما هو خارج حدودها . وغالبا ما يبدو أفراد هذه الأسر سلبيين أو غير عاديين بالنسبة لجيرانهم ونادرا ما يتخطون حدود الأسرة سواء جسديا أو انفعاليا . كما أنهم يميلون إلى توقع الولاء الكامل للأسرة وكذلك

الاعتقاد بضرورة أن تكون مشاعر وأفكار جميع أفراد الأسرة واحدة . وغالبا ما تتسم التعليمات أو الإرشادات التي يقدمها الوالدين للأطفال بالغموض والإرباك ، وقد يتحدثون بالنيابة عنهم ، كما يميلون إلى إحباط محاولات التعبير الانفعالي أو أي إحساس بالهوية الذاتية لدى أفراد الأسرة .

وعلى النقيض من ذلك فقد اتضح أن الأسرة المضطربة النابذة تتميز بالضعف وهشاشة الحدود مع البيئة الخارجية، حيث يتحرك الوالدين داخل الأسرة وخارجها كثيرا دون مبرر واضح ، كما يتكرر هروب الأطفال خارج الأسرة . وقد يأتي بعض الغرباء أحيانا كي يقيمون داخل الأسرة لبعض الوقت بصورة تجعل من الصعب تحديد أفراد الأسرة الحقيقيين . وتتسم التفاعلات الأسرية بالغضب، والكيد، والاستفزاز ، والعداء . ويحاول كل من الوالدين والأطفال التحكم في بعضهم من خلال المناورات والتهديدات . وهناك قليل من التفاهم والتعاطف المتبادل بين أفراد الأسرة . ويميل الأطفال في مثل هذه الأسر إلى التعبير عن الغضب بإسهاب ، وينقصهم نمو الضمير الحي ، فضلا عن الميل إلى الإشباع الفوري للغرائز والرغبات نظرا لعدم وجود قواعد أو قيم ثابتة وواضحة في الأسرة ، وعدم وضوح ألفرق بين السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة، أو تلك التي تلقى تعزيزا والأخرى التي يجب معاقبتها .

وبصورة عامة تتسم الأسر المضطربة بعدم المرونة وعدم الفاعلية في مواجهة مشكلات الحياة . كما لا يوجد تحديد واضح للسلطة في هذه الأسر، كثيرا ما تنشأ الاختلافات والتكتلات بين أفراد الأسرة كبارا وصغارا ؛ حيث يلجأ أحد الوالدين لبعض الأبناء طلبا للدعم والمناصرة تجاه الطرف الآخر . ويصعب على الوالدين في هذه الأسر وضع نظام أو قواعد أو تحديد قيم ثابتة . وغالبا ما يخضعون لرغبات أطفالهم ، ومن ثم يصعب على هؤلاء الأطفال تحديد أدوار

واضحة للوالدين . وقد يضمر أفراد الأسرة الغضب المزمن لبعضهم البعض ، وتنتابهم مشاعر التهديد، والمراوغة ، والإكراه حيال بعضهم . ويتسم المناخ العام في هذه الأسر عموما بالألم والإحباط والركود .

أنماط التواصل المزدوج

بالإضافة إلى الاضطرابات الشديدة التي لوحظت بين بعض الأسرة التي شملتها دراسة الواحة الخضراء ، فقد توصل باحثون آخرون إلى تحديد أنماط مشابهة من الاضطرابات في التفاعلات الأسرية ، وتعد ازدواجية التواصل أحد تلك الاضطرابات ؛ حيث يتلقى الطفل تعليمات متناقضة من مصادر مختلفة في نفس الوقت (باتسون وجاكسون وهالي وويكلاند Bateson, Jackcon , Haley &Weakland ، ١٩٦٩) .

إن عدم الاتساق بين قنوات التواصل المختلفة تعد حادة ويصعب التعامل معها ، وعندما تحدث في الأسرة فإنه قد يستحيل الفرار منها (ويكلاند Weakland، ١٩٧٦) . لذلك فقد يتم تعليم الطفل ضمنا عدم التشاجر مع الأطفال الآخرين على سبيل المثال وفي نفس الوقت يبدي الوالدين امتعاضهما عندما يرفض أطفالهم التشاجر بالفعل مع أولئك الأطفال . وإذا برر ذلك بأنه يطيع التعليمات ، فقد ينكر الوالدين امتعاضهما ويدعون أن الطفل أساء فهمهم، أو ربما يطلبون منه ببساطة الكف عن الكلام والتزام الصمت. ومن الأمثلة الأخرى على ذلك تلك الأم التي قد تنتقد ابنتها دائما على زيادة وزنها، وفي نفس الوقت توفر مختلف أنواع المأكولات ، وفاتحات الشهية ، والمسليات باستمرار أمام ابنتها بالمنزل مما يتنافى مع نظام الغذاء التي تحاول الالتزام به . وإذا بلغ بالبنت

الحماقة إلى درجة التعليق على تلك الازدواجية ، فقد تحاول الأم إنكار أي نوايا لإعاقة النظام الغذائي لابنتها، وبدلا من ذلك تستمر في نقد ابنتها لعدم قدرتها على ضبط النفس، أو تعبر عن عدم اعتراف ابنتها بجميلها وفضلها نظرا لما تبذله من جهد كي تكون أما مثالية . وغالبا ما يتعرض ضحايا ازدواجية المعاملة للارتباك والإحباط ، والشعور بالذنب العظيم لعدم قدرتهم على إرضاء والديهم غير المتسقين مطلقا .

وفي دراسة تجريبية للاستجابة لازدواجية التواصل ، تم اختيار مجموعة من المراهقين من العيادة الخارجية لأحد مراكز الصحة النفسية، وعرضت عليهم سلسلة من الصور مصحوبة بمشاهدة أفلام الفيديو التي تعرض مواقف تتضمن ازدواجية في التواصل (روي وساويرز Roy & Sawyers ، ١٩٨٦). وتم قياس الاستجابات الفسيولوجية للضغط في كل مرة يسمع المراهق القصة التي تنطوي على ازدواجية التواصل وكذلك النظر إلى الصورة، كما تم مقارنة استجابات هذه المجموعة التجريبية باستجابات مجموعة أخرى مماثلة من المراهقين الذين لا يعانون من اضطرابات سلوكية . وقد تضمنت إحدى القصص المصورة رسالة متناقضة؛ حيث تبدي الأم إعجابها بالكارت الذي أحضره لها طفلها، وفي نفس الوقت لم ترفع عينيها من المجلة التي في يدها ولم ترى ذلك الكارت . وقد أبدى كل المفحوصين درجة عالية من التوتر حيال القصص التي تتضمن رسائل متناقضة تفوق ذلك الذي يتعرضون له عند التعرض لقصص تتضمن رسائل لفظية وغير لفظية متسقة ، بيد أن مجموعة المراهقين المضطربين أبدوا درجة أعلى من التوتر الفسيولوجي وأقل قدرة على الارتياح لتلك المواقف مع التعليقات المباشرة بالمقارنة إلى أقرانهم غير المضطربين . وفي الأمثلة السابقة ذكر كثير من المراهقين المضطربين أنهم كانوا مستائين

وتمنوا الذهاب إلى غرفهم؛ ومحاولة نسيان الموقف تماما . وفي المقابل فقد ذكر معظم المراهقين غير المضطربين في الدراسة أنهم يرغبون في إشعار الأم بسخطهم لأنها لم تنظر ولو بسرعة إلى الكارت، أو يطلبون منها رؤية الكارت قبل التعليق عليه .

الحماية الزائدة والرفض

قد تسفر الحماية الزائدة عن طفل غير مطيع ، غاضب ، له مطالب كثيرة غير واقعية (ليفي Levy ، ١٩٦٦) ورغم ميل الأطفال زائدي الحماية إلى الاستبداد في المنزل إلا أن كثيرا منهم يتصف غالبا بالجبن، والخوف ، والانطواء في المدرسة أو في أوقات اللعب . وفي مثل هذه الحالات يبدو أن مثل هؤلاء الأطفال قد يخشون من عدم القدرة على مواجهة متطلبات الحياة بكفاءة نظرا لأنهم نادرا ما يعتمدون على أنفسهم بالمنزل . وقد يتسم بعض الأطفال زائدي الحماية من جهة أخرى بالعدوانية ، والغرور، والأنانية . ومع ذلك ففي كلتا الحالتين لا يميل الوالدين اللذان يوفران الحماية الزائدة لأطفالهم إلى تعويدهم على الاستقلالية، أو الثقة ، أو الأخذ والعطاء في علاقاتهم مع الآخرين .

ومن المثير للدهشة أن الرفض قد يؤدي إلى نفس النتائج السابقة . وسواء اتخذ الرفض صورة الانفصال الجسدي ، أو المسافة النفسية ، أو المشاعر المتناقضة ، فقد يسفر عن تعرض الأطفال للقلق، والخوف ، والاتكالية ، والجبن. ويكفي أنه حين ينتاب الفرد الشعور بأنه غير مقبول من قبل والديه ؛ فإنه يتوقع أن يرفضه بقية الناس. وقد يستجيب طفل آخر- وقع ضحية للرفض - برفض الوالدين كذلك، والغضب الشديد ، والاندفاعية ، والعدوانية ، أو سلوك إيذاء

الذات. وفي الحالات المتطرفة قد يتخذ رفض الوالدين صورة إهمـــال الطفـل أو إساءة معاملته .

عدم الانسجام والشقاق الزواجي

تشمل أنماط التفاعلات الأسرية المضطربة الأخـرى ضعـف القـدوة أو إخفاق التماسك الأسري (فليك Fleek ، ١٩٨٥) وهي مـا يطلـق عليـها عـدم الانسجام Skew والشقاق Schuim الزواجي (ليدز وأخرون Lidz, et al، ١٩٦٥) . ويحدث ضعف القدوة عندما يخفق أحد الوالدين أو كلاهما في توفـير القـدوة أو لعب الدور المناسب لجنسه أمام أطفاله بكفاءة . وقد يحدث ذلـك مثـلا عندمـا يمارس أحد الوالدين سلوكا لا يتناسب مع جنسه، وغير ملائم ، أو غير مرغـوب اجتماعيا بدرجة ملحوظة . وعندما يفتقد الطفل أو المراهق القدوة في الأسرة فإنه قد يبحث عنها في صورة قرين غير كفء ، أو من خلال ما تبثه وسائل الإعـلام من النماذج الاجتماعية المثالية . وللأسف فإن مثل هذه النماذج عادة تفتقر إلـى عمق الشخصية ، ولا يمكن معرفتها جيدا بنفس الدرجة التي يتعرف بـها الفـرد على والديه .

ويشير فشل التماسك أو الوحدة الأسرية Nuclearity إلى تلك المواقف التـي تؤدي فيها الاتكالية ، أو الاضطراب الإنفعالي إلى تخلي الوالدين عن مسـئوليتهم في قيادة الأسرة وتركها للأجداد، أو أحد الأقرباء الآخرين، أو ربما لفرد آخر مـن خارج الأسرة تماما . وفي مثل هذه المواقف يتم نقل السلطة ، ومسئولية اتخـاذ القرار ، والتعبيرات الانفعالية إلى خارج نطاق الأسرة . ومن الضروري أن نمـيز بين هذه المواقف وحالات الأسرة الممتدة التقليدية ، حيث يتحمل الأجـداد أدوارا

معينة تتكامل مع دور الوالدين في إطار الأسرة الواحدة المتماسكة . أما في الحالات المضطربة فإن تخلي الوالدين عن دورهما في قيادة الأسرة هو الذي يحدث فراغا يتم ملأه بفرد آخر يؤدي إلى خلل في شبكة العلاقات العادية في الأسرة .

وجدير بالذكر أن عدم الانسجام والشقاق الزواجي يشير إلى مواقف تنطوي على صراع حاد في نظام الأسرة . بيد أنه ليس بالضرورة أن يحدث الصراع بوضوح (أو يطفو على السطح) في الأسر التي تتضمن أزواجا غير منسجمين مع بعضهم. وبدلا من ذلك فقد يبذل الوالدان قصارى جهدهم للتخلي عن تحمل مسئولية .العمل الأسري، أو قد يشعلان حربا باردة ضد مركز القوة في الأسرة . فقد يخفق الأب الإتكالي في حماية أطفاله من استبداد وسوء معاملة الزوجة نظرا لأنه ترك كل السلطة والمسئولية في الأسرة لها . وفي نفس الوقت فقد تحاول الأم في مثل هذه الحالات تشويه صورة الأب والاستهزاء به بصورة تحول دون شعور الأطفال بالاحترام لذلك الأب الضعيف مسلوب الإرادة .

وفي حالات أخرى قد تحاول الأم تبرير والتماس الأعذار للأب السكير، القاسي للأطفال بدرجة تجعلهم غير قادرين على التوفيق بين ما يمارسه الأب من سلوك غير ملائم وما تحاول الأم إقناعهم به تبريرا لذلك السلوك . وفي بعض الأسر قد يصل ذلك السلوك إلى درجة تحتم التجاهل التام لإدمان الأب، وهنا يصبح الأطفال في حيرة من أمرهم ، ويتعين عليهم في نفس الوقت الدفاع ومقاومة الاعتراف بذلك السلوك . وغالبا ما تضمر الأسر غير المنسجمة أسرارا وخرافات تناقض الواقع تماما ، وكثيرا ما يضطر الأطفال فيها إلى التكيف مع ذلك المناخ المليء بالكذب والزيف .

ومن جهة أخرى فقد يتم التعبير عن الصراع بوضوح في الأسر التي تتضمن الشقاق الزواجي، حيث يحاول كل من الوالدين تشكيل حزب ضد الآخر في إطار الصراع الخفي أو الصريح . وهنا يحاول كل منهما تجنيد الأطفال في صالحه ومن ثم يتعرضون لعواقب وخيمة من الطرف الآخر ، وغالبا لا تترك لهم فرصة البقاء محايدين في ذلك الصراع الوالدي المدمر . وقد ينصب الصراع الوالدي على موضوعات مادية ، أو جنسية ، أو الخيانة الزوجية ، أو الأقارب، أو نظام الأسرة .. الخ ، بيد أن الأطفال نادرا ما ينجون عن التعرض للتوتر والغضب بصرف النظر عن مصدره سواء من الأب أو الأم (أي يصبحون بمثابة كبش فداء لهم). وقد أوضحت كثير من التقارير أن معظم مشكلات الطفولة مثل القلق الزائد، والانطواء، والسيطرة ، والعدوانية ، والمشكلات الأخلاقية غالبا ما يزداد حدوثها بين الأسر التي يسود فيها الصراع (إمري Emery ، ١٩٨٤) . وبصورة عامة فإن الصراع الحاد، والواضح، والعدائي ، والمستمر قد يؤدي إلى نتائج أخطر بكثير من ذلك الصراع الأقل حدة ووضوحا، (بورتير وأولاري Porter & O, Leary، ١٩٨٠) .

وقد يتساءل الناس حول ما إذا كان من الأفضل (بالنسبة للأطفال) استمرار الوالدين المتصارعين - الذين يسود الشقاق بينهما - في الحياة الزوجية أم يسعون إلى الانفصال والطلاق. وبصورة عامة فقد أوضحت نتائج الدراسات أن الصراع الحاد له تأثير مدمر على الأطفال قد يفوق كثيرا تأثير الانفصال أو الطلاق (جاكوبسون Jacobson ، ١٩٧٨ ؛ لامبيرت وآخرون Lambert, et al ، ١٩٧٧) . ومع ذلك فمن المهم أن نأخذ في اعتبارنا أن الانفصال أو الطلاق ليس بالضرورة أن ينهي العداء ، والكراهية ، والصراع العلني بين الوالدين في كثير من الأسر . فغالبا ما يحدث الصراع والامتعاض حول أسباب الطلاق ، وينتقل العداء إلى موضوع حضانة الأطفال ، وتحمل نفقات معيشتهم .. الخ .

إن الصراع الزواجي يؤثر على الأطفال من الجنسين مما يسفر عنه تزايد انتشار مشكلات الطفولة ، بيد أن كثيرا من الدراسات أوضحت تأثر الأطفال الذكور بذلك الصراع بدرجة تفوق تأثر البنات به (إمري Emery ، ١٩٨٢) ويظهر ذلك في صورة مشكلات عدم القدرة على الضبط الإنفعالي والسلوكي .

تأثير الطلاق

قد يؤدي الشقاق الزواجي إلى الطلاق في كثير من الحالات ، وهناك أدلة كثيرة على أن كلا من الخلافات الزوجية والطلاق تؤثر سلبا بدرجة كبيرة على نمو الأطفال (إمري Emery ، ١٩٨٢) . ونظرا لوجود أدلة دامغة على أن نصف الأسر الأمريكية تقريبا مهددة بالطلاق (هاكر Hacker ، ١٩٨٣)؛ فإن ذلك يوضح أن الشقاق والطلاق تعد متغيرات بيئية أساسية تساعد على فهم مشكلات الطفولة .

ولدراسة مشكلة الطلاق عن قرب أجرى مكتب الاحصاء الرسمي بالولايات المتحدة الأمريكية إحصاء عام ١٩٨٠ اتضح منه وجود شقاق حاد بين ٢,١٤٣,٠٠٠ أسرة ، و ١,١٨٢,٠٠٠ حالة طلاق بين الأسر الأمريكية (المركز الوطني للإحصاءات الصحية ، National Center for Health Statistics ، ١٩٨١) ويشير هذا الاحصاء إلى تزايد معدل الطلاق بنسبة ١٠٠% تقريبا ما بين أعوام ١٩٧٠و ١٩٨١، و ٢٣% تقريبا من الأطفال يعيشون في أسر تضم أحد الوالدين فقط (المكتب الأمريكي للإحصاء الرسمي U.S.Bureau of the census ، ١٩٨٢) . وهناك تقدير أيضا بأن ٤٠-٥٠% من الأطفال الذين ولدوا ما بين أعوام ١٩٧٠ و ١٩٨٠ سوف يقضون فترة ما من حياتهم في أسر ذات عائل واحد فقط

(هثرينجتون Hetherington ، ١٩٧٩) . وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذه البيانات لم تشمل كثيرا من الأسر التي تعاني من الصراع دون الإقدام على الطلاق ، وكذلك ما بين ٢٣-٣٠% من الأزواج الذين مروا بخبرة الانفصال لبعض الوقت أو تنازلا عن طلبات الطلاق قبل تنفيذها (كيتسون ولانجلي Kitson & Langlie ، ١٩٨٤) .

وجدير بالذكر أنه لتقييم تأثير الطلاق على الأطفال ، فقد يستحيل رصد التأثير الحالي للصراع الوالدي أو حتى تأثير الطلاق نفسه ،ولذلك فقد افترضت إ. مافيس هثرينجتون E. Mavis Hetherington – أحد الباحثين الرواد في هذا المجال – أنه من المهم النظر إلى الانفصال والطلاق باعتبارها مرحلة من التردي في حياة الأسرة وليست مجرد حدث فردي قائم بذاته (هثرينجتون ، ١٩٧٩) . ومن هذا المنطلق فإنه يمكن اعتبار الاضطرابات والصراعات الأسرية بمثابة متغيرات أكثر أهمية في التأثير على نمو الطفل من الطلاق . وهكذا فإن آراء هثرينجتون ، ونتائج الأبحاث تدعم وجهة النظر القائلة بأن الحياة الأسرية في ظل والدين تتسم علاقتهما بالبعد ، والرفض ، والكراهية تعد أكثر تدميرا لأطفالهم مما لو حدث إنفصال بينهما .

وفي دراسة طويلة شاملة للتأثيرات طويلة المدى للطلاق وإعادة الزواج على توافق الأطفال، قامت هثرينجتون وزملاؤها بالاتصال بمجموعة من الأسر التي تعرضت للطلاق مع قيام الأم بمسئولية حضانة الأبناء ، ومقارنتها بمجموعة مماثلة من الأسر التي لم تمر بخبرة الطلاق ، وذلك بعد ست سنوات من حدوث الطلاق بين أسر المجموعة الأولى (هثرينجتون ، وأخرون Hetherington , et al، ١٩٨٥) . وقد تكونت عينة الدراسة من أسر تضم أفرادا بيض ذوي مستوى تعليمي مرتفع ، ومستوى اجتماعي متوسط ، وتم قياس

توافق الأطفال باستخدام مقاييس التقدير للوالدين والمعلمين ، واختيار الأقران للطفل، ومقاييس التقدير الذاتي للأطفال ، فضلا عن الملاحظة المباشرة للطفل بالمنزل والمدرسة . وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن للطلاق تأثير سلبي طويل المدى على توافق الأطفال من الذكور ، بينما كانت البنات أكثر معاناة بعد زواج الأم للمرة الثانية ، وقد فسرت هثرينجتون ذلك في ضوء نتائج بعض الدراسات التي أوضحت أن الأطفال يميلون إلى الارتباط بدرجة أكبر بالوالد المسئول عن حضانتهم إذا كان من نفس الجنس ، وحيث أن الأم تكون هي الحاضنة في معظم الحالات لذلك ترتبط بهن البنات بصورة قوية بعد الطلاق . لذلك فعندما تتزوج الأم مرة أخرى فإن هذا يعني دخول زوج الأم كطرف يؤثر على الارتباط بين الأم وبنتها مما يعرضها لمشكلات في التوافق .

وعلى العكس من ذلك فقد اتضح انخفاض المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذكور الذين كانوا في حضانة الأم بعد زواجها للمرة الثانية (سانتروك ، وارشاك وإليوت Santrock, Warshak & Elliott ، ١٩٨٢) ، ولكن ليس بنفس مستوى أقرانهم في الأسرة التي لا يوجد بها طلاق . وربما يرجع ذلك بالطبع إلى أن وجود نموذج الرجل كقدوة يساعد الأولاد على توافر قاعدة صلبة لإعادة التوحد مع نفس الجنس . ورغم ذلك فقد أوضحت تقارير أزواج الأمهات أنهم واجهوا مشكلات كبيرة في علاقتهم بأبناء الزوجات سواء كانوا أولادا أو بناتا بعد الزواج (هثرينجتون وآرنت وهولير Hetherington k Amett & Hollier ، ١٩٨٥) ومع ذلك يبدو أن زوج الأم يمكن أن يكون له تأثير ايجابي، ويقل تعرضه للصعوبات إذا حاول دعم الأم فيما تبذله من جهد في المحافظة على نظام الأسرة بدلا من أن يصر على القيام بهذا الدور بنفسه.

ورغم أن معظم الدراسات أسفرت عن نتائج متسقة تشير إلى أن الأولاد يستجيبون في الغالب للطلاق بمشكلات في التوافق وتدني مستوى التحصيل

الدراسي (جويدوبالدي وبري Guidubaldi & perry ، ١٩٨٥) بصورة تفوق ما تتعرض له البنات، إلا أن بعض الباحثين بجامعة ميتشجان ذهبوا إلى أن الأطفال الإناث قد يتعرضن لنفس مشكلات التوافق مثل الأولاد بعد طلاق الوالدين ، ولكن في مراحل مختلفة من العمر . وقد أجرى نيل كالتر Neil kalter ومعاونوه دراسة للتوافق لدى عينة من البنات بالمراحل الابتدائية، والثانوية، والجامعية ممن تعرضت أسرهن لطلاق الوالدين (كالتر ، وريمر ، وبريكمان وتشن Kalter, Riemer, Brickman & Chen ، ١٩٨٥) . وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق دالة بين البنات بالصفوف الثالث حتى السادس في الأسر التي تعرضت للطلاق وتلك التي لم تتعرض له، بينما اتضح أن البنات في الأعمار من ١١-١٨سنه اللاتي ينتمين إلى الأسَر التي تعرضت للطلاق انتشرت بينهن سلوكيات الجناح بمعدل أكبر من أقرانهن في الأسر التي لم تتعرض للطلاق . فقد شملت السلوكيات غير المرغوبة التيّ مارستها تلك الإناث إساءة استعمال العقاقير (الإدمان)، والهرب من المدرسة ، والسرقة . وبالنسبة لاتجاهات طالبات الجامعة – من أفراد العينة – اللاتي ينتمين لأسر تعرضت للطلاق ، اتضح أن لديهن اتجاهات أكثر سلبية نحو الرجال والنساء على حد سواء ، وكن أكثر تشاؤما حيال مستقبلهن مقارنة مع الطالبات في الأسر التي لم تتعرض للطلاق . وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات الأخرى التي أوضحت أن الإناث اللاتي ينتمين إلى أسر تعرضت للطلاق يملن إلى الزواج والإنجاب المبكر، كما يخترن أزواجا أقل كفاءة مقارنة مع اللاتي ينتمين إلى أسر لم تتعرض للطلاق .

وفي دراسة طولية أخرى لتأثير الطلاق على الأطفال قامت جوديث واليرستين Judith Wallerstein بتتبيع مجموعة تضم ٤٠ من الإناث والذكور الذين انفصل اباؤهم بالطلاق(واليرستين Wallerstein ، ١٩٨٥) . وقد بلغت الأعمار

الزمنية لنصف أفراد العينة ٨ سنوات عند بدء الدراسة في عام ١٩٧١، بينما تراوحت أعمار النصف الآخر ما بين ٩-١٨سنة . وقد تم إجراء تقييم مبدئي لهؤلاء الأطفال خلال الستة أسابيع الأولى عقب انفصال الوالدين ، وقد أوضح ذلك اتصاف الأطفال بالضيق والقلق ، والإحباط ، والخوف على أحد الوالدين أو كليهما، والشعور بالذنب ، والاستسلام للصراعات . وقد انخفض المستوى الدراسي لنصف أطفال عينة الدراسة تقريبا بصورة ملحوظة، كما تعرض كثير منهم لممارسة سلوكيات غير مرغوبة . وأثناء متابعة أفراد العينة بعد ١٠سنوات من بدء الدراسة اتضح أن ٧٠% منهم (وقد أصبحوا مراهقين أو في بداية الشباب) انخرطوا في سلوك الجناح الذي تمثل في ممارسات خطيرة تتنافى مع القانون . وقد استمر كثير منهم يشعر بالضيق والامتعاض لطلاق الوالدين فضلا عن الشعور بالحرمان، والحنين ، والحزن ، وقد اتضح من خلال دراسة مجموعة فرعية للإناث من أفراد العينة تعرضهن لكثير من مشكلات سوء التوافق التي اشتملت الجنسية المثلية ، وانخفاض مستوى تقدير الذات ، وتكرار التعرض لعلاقات فاشلة مع الجنس الآخر .

وتعد حضانة الطفل من القضايا الأساسية التي تزيد من حدة الصراع القائم بين الوالدين. ورغم وجود عدة نماذج لتلك الحضانة، إلا أن النموذج المشترك يعد أكثرها شيوعا في الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث يشترك الوالدين في مسئولية رعاية الطفل بعد الطلاق وبالتالي يمكنه أن يقيم بعض الوقت مع أحد الوالدين بالتبادل، ويطبق هذا النظام في ٣٢ ولاية أمريكية حاليا . ولسوء الحظ لا تتوافر دراسات كافية حول هذا الموضوع وبالتالي يصعب الخروج باستنتاجات عامة واضحة في هذا الصدد .

وفي دراسة لبعض الآباء بعد الطلاق اتضح أن من يشترك في حضانة الأبناء منهم أقل إحباطا وأكثر رضى من أولئك الآباء الذين يسمح لهم بزيارة أطفالهم فقط (جريف Grief ، ١٩٧٩) . وقد يتصور البعض أن تحسن التوافق النفسي للوالدين ربما ينعكس مباشرة على الأطفال فيساعدهم على تحقيق مزيد من النمو السوي لهم عقب الطلاق ، بيد أنه لا توجد أدلة قوية على أن الحضانة المشتركة تؤدي إلى تحسين مستوى التوافق لدى الأطفال من النماذج الأخري للحضانة (أباربانيل Abarbanel ، ١٩٧٩ ؛ لوبنتز Luepnitz ، ١٩٨٢؛ ستينمان Steenman ، ١٩٨١) .

وفي دراسة طولية أخرى لأسلوب الحضانة المشترك تم الاتصال بمجموعة ضمت ٥١ من الأسر التي تعرضت للطلاق ضمت ٧٥ طفلا ، وذلك بهدف الدراسة وتقديم الخدمات (ستينمان ، وزيملمان ، ونوبلاوتس Steenman , Zemmelman , & Knoblauch ، ١٩٨٥) . وتضمنت الدراسة اشتراك الوالدين المنفصلات في هذه الأسر في برنامج تربوي لمدة ستة أسابيع ، كما استخدم معهم إسلوب جماعات الدعم، كما تعرضوا لجلسات إرشادية لإصلاح ذات البين بلغ عددها ١٢ جلسة . وقام كل من الوالدين والأطفال بتعبئة عدة مقاييس للتقدير وقوائم الشطب فضلا عن إجراء مقابلات شخصية معهم، وقد تم أيضا إجراء مقابلات شخصية مع المعلمين بالمدارس التي تضم أولئك الأطفال وتكرر ذلك بعد ٦ شهور ثم بعد عام. وقد أوضحت النتائج الأولية لهذه الدراسة أن الوالدين اللذان استطاعا مناقشة مشكلات الحضانة المشتركة ثم نجحا في مواجهتها اتسموا بما يلي :

احترام الروابط العاطفية بين الطفل والطرف الآخر من الوالدين .

الالتزام بالموضوعية حيال بعض العمليات المتعلقة بالطلاق .

التعاطف مع وجهة نظر الطرف الآخر والطفل .

تغيير العلاقة العاطفية وكذلك التوقعات بين الزوجين المنفصلين ، بحيث لم يعد يتعامل كل منهما مع الآخر باعتباره زوجا وإنما كوالد مساوي له في الدرجة والحقوق والواجبات .

العمل على إيجاد حدود واضحة لأدوار كل من الوالدين بعد الطلاق .

إظهار درجة عالية من تقدير الذات، والمرونة الشخصية ، والاستعداد للتعاون وتقديم المساعدة .

وعلى العكس من ذلك فقد واجه عدد من الأزواج صعوبة في تعلم تلك العلاقات المعقدة، والتفاعل مع بعضهما في تحقيق الرعاية المشتركة للأطفال ، كما شعروا بالرغبة في العودة إلى القضاء لإعادة مناقشة موضوع حضانة الأطفال. وقد اتسم الوالدين اللذان واجها صعوبات جمة في تحقيق الحضانة المشتركة بما يلي :

الاستمرار في الشعور بالكراهية تجاه الطرف الآخر واستمرار الصراع معه، وقد امتدت تلك المشاعر لتشمل الأطفال أيضا .

الميل إلى عقاب الطرف الآخر .

التعود منذ القدم على الاعتداء الجسدي على الطرف الآخر وكذلك الإدمان .

الاعتقاد بأن الطرف الآخر يعد والدا سيئا لا يصلح لرعاية الأطفال .

عدم القدرة على فصل مشاعرهم واحتياجاتهم عن مشاعر واحتياجات الأطفال .

وللأسف لم تتوافر معلومات حول تأثير الحضانة المشتركة على توافق الأطفال .

ورغم صعوبة الخروج بنتيجة قاطعة حول تأثيرات أساليب الحضانة المختلفة ، إلا أنه يبدو واضحا أن نزاع الوالدين يستمر في التأثير السلبي على الصحة النفسية للأطفال حتى بعد الطلاق . (هيثرنيجتون ، ١٩٨٤ ، أولاري ، ١٩٨٤) . . وقد شملت بعض الدراسات أطفالا من أسر يسود فيها الصراع الشديد بين الوالدين بعد إنفصالهما أو طلاقهما ، واتضح تعرض هؤلاء الأطفال لمشاعر الضيق، والقلق حيال الصراع المحتدم بين والديهما ، فضلا عن اصابتهم ببعض الأعراض النفسية الجسدية (الجسدنة) مثل الصداع، والاضطرابات المعدية المستمرة ، كما اتسم بعضهم بالعدوانية بينما اتسم البعض الآخر بالانطواء (جونستون ، وكامبيل ، ومايز Johnston , Cambell, & Mayes ، ١٩٨٥) . وغالبا ما تؤدي مثل هذه الأعراض لدى الطفل إلى مزيد من اشتعال الصراع بين الوالدين المنفصلين ، حيث يحاول كل منهما لوم الآخر باعتباره مسئولا عن سلوك الطفل .

ورغم صعوبة الخروج بنتائج محددة وقاطعة نظرا لقلة الدراسات في هذا المجال من جهة ، وما تنطوي عليه من تعقيدات منهجية كثيرة من جهة أخرى إلا أن هناك بعض الحقائق الأساسية في هذا الصدد يمكن إجمالها فيما يلي :

أولا : من الواضح أن النزاع الوالدي والطلاق لهما تأثيرات سلبية جمة على توافق الأطفال وتحصيلهم الدراسي ، وقد تستمر هذه التأثيرات عبر مراحل النمو المختلفة من الطفولة إلى المراهقة وربما إلى ما بعد الرشد .

ثانيا : رغم صعوبة تحديد تأثيرات معينة للصراع والانفصال والطلاق ، إلا أن الكراهية المتبادلة بين الوالدين تعد أكثر العناصر تدميرا للأطفال .

ثالثا : رغم أن الانفصال أو الطلاق قد ينهي نزاع الوالدين داخل المنزل ، إلا أن الصراع والمشاحنات ، والصدام في كثير من الأسر يستمر إلى ما بعد الانفصال أو الطلاق مما يؤثر سلبا على نمو الطفل .

رابعا : رغم أن الحضانة المشتركة تعد من الأساليب المنتشرة في كثير من الأسر لرعاية الأطفال بعد الطلاق ، إلا أنه لا توجد أدلة قاطعة على أن هذا الأسلوب يمكن أن يمنع التأثيرات المدمرة على نمو الأطفال .

وهنا قد يتساءل البعض متعجبا ألا تؤدي معرفة الوالدين بالتأثيرات المدمرة للخلافات الزوجية والطلاق على الأطفال : إلى محاولة بذل قصارى جهدهم للتغلب على ما بينهما من صراعات ؟! ولكن للأسف يبدو أن مثل هذا الأمر يعد الاستثناء وليس القاعدة ، فالطلاق مستمر ويتزايد يوما بعد يوم في كثير من الأسر (والرستين Wallerstein ، ١٩٨٥) بصورة تستدعي مزيدا من الاهتمام .

نقاط تحذيرية

لعله يسهل علينا الآن (بعد مناقشة بعض النماذج المضطربة في رعاية الأطفال والتفاعلات الأسرية) أن نخرج بانطباع مؤداه أن الوالدين يتحملان المسئولية الكاملة فيما يتعلق بالصحة النفسية للأطفال وقدرتهم على مواجهة ضغوط الحياة . وفي الواقع يتعين على الدارسين لمشكلات الطفولة أن يكونوا على دراية جيدة بأنماط الاضطرابات الأسرية التي سبقت مناقشتها ، لأنها تمثل معظم المواقف السلوكية التي يتعرض لها كثير من الأطفال الملتحقين ببرامج التربية الخاصة ، وعادة ما تتطلب عملية التدخل الفاعلة معهم أن يلم

المتخصصين بأهم المشكلات الأسرية التي يتعرضون لها . فمهما قدم للطفل من برامج تدخل جيدة في غرفة الدراسة ، فسوف تظل محدودة التأثير طالما يعيش هذا الطفل في مناخ أسري مليئ بالنزاع والمشاحنات والاضطرابات .

وقبل الانتهاء من هذه المناقشة هناك بعض الملاحظات الأساسية التي يجب أخذها في الاعتبار تتضمن :

أولا : إن معظم أنماط الاضطرابات التي سبقت مناقشتها قد تحدث بدرجات متفاوتة، وغالبا ما تظهر مع حركة الأسرة عبر الزمن . فالعلاقات الزوجية لا تظل ثابتة ، بالاضافة إلى حقيقة أن مولد الطفل ونموه يعد في حد ذاته مؤثرا على العلاقة بين الوالدين .

ثانيا : إن أنماط الاضطرابات السابقة لا تؤثر على جميع أفراد الأسرة بنفس الدرجة، إذ يكون بعض الأطفال قد وصلوا إلى مستويات نمو جيدة قبل ظهور تلك الاضطرابات ، وقد لا يواجه الأولاد نفس الضغوط التي تواجهها البنات في الأسرة الواحدة . كما أن قدرة الوالدين على مواجهة ضغوط الحياة مثل الأزمات الاقتصادية ، أو الفتور الزواجي، أو التقلبات العاطفية للزوجين تتغير مع الزمن. وأخيرا ، فإن مدخل النظام البيئي يقتضي أن نأخذ في الاعتبار التأثيرات المتبادلة بين الوالدين والأطفال وكذلك تأثير المجتمع كله عليهم ، فالأطفال منذ مولدهم يؤثرون على اتجاهات الوالدين ، ومشاعرهم ، وسلوكياتهم (بيل Bell ، ١٩٦٨؛ هاربر Harper ، ١٩٧٥ ؛ سوران وريزو Suran & Rizzo ، ١٩٨٣) . والأسرة ليست نظاما مطلقا؛ لذلك فإن العوامل الاجتماعية والاقتصادية، وكذلك الأفكار ، والسلوكيات التي يتعلمها الطفل من المجتمع ويعود بها إلى المنزل قد تؤثر كثيرا على نظام الأسرة وتعرضها للاضطرابات ، وبالتالي فرغم أن الوالدين يمثلان

عناصر أساسية في حياة الأطفال ومشكلاتهم؛ إلا أن من الخطأ اعتبارهما يسببان تلك المشكلات عن قصد . ومن ثم يجب أن نبحث عن أسباب هذه المشكلات ، وكذلك عن طرق حلها ؛ من خلال فحص أنماط التفاعلات المتبادلة سواء داخل الأسرة ، أو بينها وبين أفراد المجتمع الأكبر الذي تنتمي إليه .

التأثير البيئي في ظل جماعة متغيرة

لقد اصبح واضحا أن الموقف السلوكي ضيق إلى حد كبير بحيث يمكن أن يتضمن محيط الأسرة الصغيرة عددا هائلا ومعقدا منه . فكل فرد في الأسرة – سواء كان الوالدين أم الأطفال– له ما يخصه من عناصر الوراثة، والمزاج الشخصي وأسلوب التعبير ، ونموذج القدرات والاهتمامات، والتاريخ الشخصي . وعندما يتفاعل أفراد الأسرة مع بعضهم فإن عناصر الشخصية هذه لكل فرد تؤثر على نظائرها للأفراد الآخرين وتتأثر بها ؛ كي تنتج مركبا إنسانيا يعد بحق أكثر تعقيدا من أي مادة كيميائية يمكن تحضيرها بالمعمل . هذا بالاضافة إلى أن الأسرة تعد عرضة لتأثير كثير من القوى الخارجية المنظمة التي يمكن أن تؤثر عليها كوحدة كلية أو على أفرادها بصورة فردية . وفيما يلي عرضا موجزا لأهم القوى الاجتماعية والثقافية المعاصرة التي يمكن أن تؤثر بدرجة كبيرة على نمو الطفل وتوافقه :

تغير تركيبة الأسرة

لقد شهد النصف الثاني من القرن العشرين تغيرات كثيرة في أنماط الزواج والطلاق، وكذلك في الطرق التي ننظر بها للحياة الأسرية . فقابلية التنقل الجغرافي والمهني، وتغير الاتجاهات نحو الجنس والزواج ، وشيوع وسائل منع الحمل وسهولة الحصول عليها ، وتكرار حالات الزواج الثاني للمطلقات، وتزايد عدد الأسر ذات العائل الوحيد (أحد الوالدين)، والتزايد الكبير للأسر التي تضم والدين يعملان كل الوقت .. كل ذلك أحدث تغيرات كبيرة في حياة الأسرة ، وفي طرق تفكيرنا حول الطبيعة الجوهرية لها .

ورغم صعوبة مناقشة كل تلك التغيرات بالتفصيل ؛ إلا أن بعضها يحتل أهمية واضحة نظرا لتأثيرها الكبير على نمو الأطفال. وتتضمن هذه المتغيرات تزايد معدل الزواج الثاني للوالدين بعد الطلاق، وتزايد عدد الأسر ذات العائل الواحد، وتزايد عدد الأسر التي يخرج فيها الوالدين للعمل والاعتماد على أشخاص آخرين لرعاية الطفل فترة كبيرة من اليوم .

الزواج الثاني للوالدين واعادة تركيب الأسر (الأسرة غير المتجانسة)

مع تزايد انتشار التغيرات في أنماط الحياة المعاصرة؛ أصبح من الضروري تطوير مصطلحات ومفاهيم جديدة لوصفها . وكذلك فقد تزايد معدل الطلاق خلال النصف الثاني من القرن العشرين ، وفي نفس الوقت تزايد معدل الزواج الثاني للوالدين بعد الطلاق أيضا . ورغم أن الزواج للمرة الثانية كان دائما اختيارا مطروحا أمام الأرامل من الرجال والنساء ، إلا أنه لم ينتشر أبدا بصورة كبيرة

بحيث يصبح ظاهرة تحتم تطوير مفاهيم ، ولغة ، وبحث خاص به مثلما يحتاج إليه التزايد السريع والمفاجئ لمعدلات الطلاق في الأونة الأخيرة . وهكذا نجد أن الباحثين يتحدثون حاليا عن إعادة زواج الوالدين بعد الطلاق ، والأسر المختلطة ، واعادة بناء الأسر، والأسر البديلة (التي تضم زوج الأم أو زوجة الأب)، والأسر غير المتجانسة، وكلها تشير إلى المواقف التي تضم أحد الأزواج (الذي تزوج مرة أخرى) وله أطفالا من الزواج السابق . وقد استخدم مصطلح الأسرة غير المتجانسة بدلا من الأسرة البديلة لما يحمله المصطلح الأخير من معاني سلبية ، كما أنه لا يعكس الفكرة غير الواقعية للأسرة المختلطة، كما أنه لا يتضمن المسافة الكلينيكية التي يتضمنها مصطلح الأسرة التي أعيد تركيبها (غير المتجانسة) Recombined Family .

لقد أوضح هاكر Hacker (١٩٨٣) أن ٧٥% من النساء المطلقات اللاتي لم يبلغن ثلاثين عاما من العمر تزوجن مرة أخرى، وقد بلغت هذه النسبة ٧٤,٩% بين من لديهن طفلين ولم يبلغن الثلاثين عاما، بينما انخفضت إلى ٧١,٥% بين من لديهن ثلاثة أطفال . وبصورة عامة تصل نسبة زواج الوالدين من الجنسين ٧٣%سواء كان لديهم أطفالا أم لا . وإذا حاولنا التعبير عن هذه النسبة بأعداد حقيقية من أفراد المجتمع الأمريكي فإن ذلك يعني أن حوالي ٣٥مليون من الرجال والنساء يفترض أن يقوم بدور زوج الأم أو زوجة الأب حتى عام ١٩٨٠(فيشر وفيشر Visher & Visher ، ١٩٧٩) ، بينما يصل عدد الأطفال الذين يعيشون في أسر غير متجانسة حوالي ٥٠ مليون طفل (إينشتين Einstein ، ١٩٨٢) ، مع توقع تزايد أعداد هؤلاء الأطفال بمعدل نصف مليون سنويا .

وهناك حقيقة أخرى يجب أخذها في الاعتبار تتضمن تزايد معدل الطلاق بين الزواج الثاني عنه في حالة الزواج الأول (ويستوف Westoff ، ١٩٧٧) وهذا

يعكس ضمن أمور أخرى تزايد الصعوبة التي يواجهها الزواج الجديد في العمل على تحقيق التوافق المناسب مقارنة بما يحدث في حالة الأسر التقليدية، أو الأساسية ، أو المتماسكة . فبالإضافة إلى ما يفرضه الزواج على كل من الزوجين فهو يتطلب محاولة كل منهما للتكيف مع شخصية الطرف الآخر وعاداته ، وقيمه، وأسلوبه في التعاملات المادية ... الخ ، بيد أن المتزوجين للمرة الثانية وكذلك الأسر غير المتجانسة تواجه تحديات كثيرة بالاضافة إلى كل ذلك .

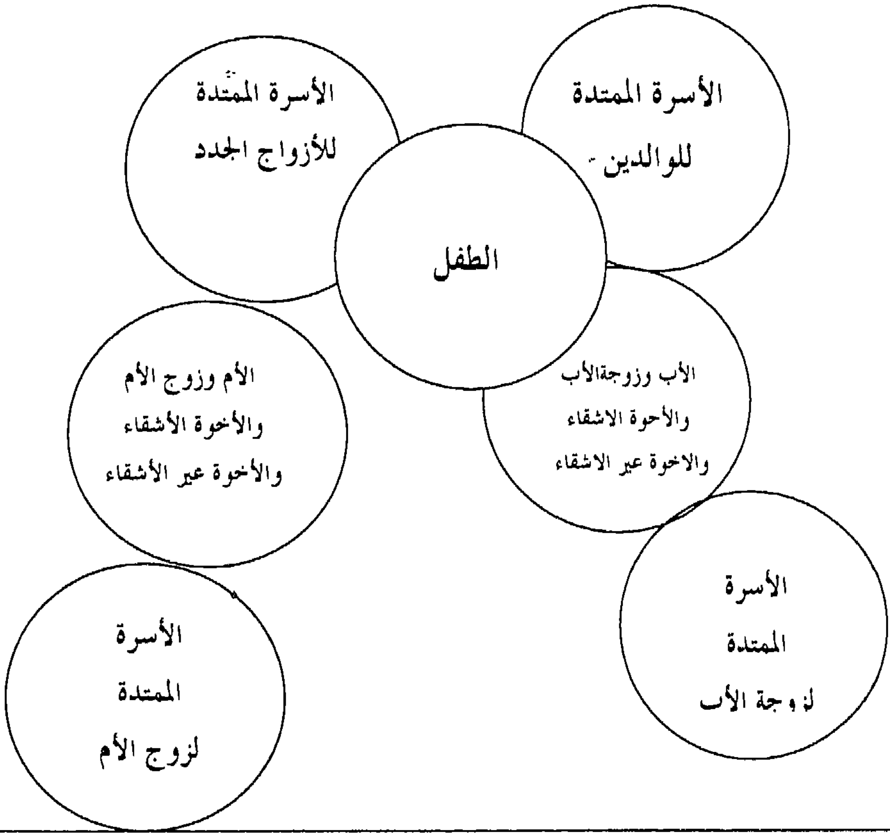
ومن المعروف أن كل فرد في الأسرة الجديدة يعاني من خبرات الحرمان نتيجة فقد أشياء مهمة في الأسرة الأصلية أو السابقة . فبالنسبة لكل من الوالدين نجده فقد القرين ، وفقد تقدير الذات من خلال إخفاقه في الزواج ، وفقد أماله وتوقعاته من الزواج المثالي ، وفقد القدرة على الثقة في القرين الآخر. وفي معظم الحالات كانت هناك خسارة مادية ، ونقصا في تمويل نفقات الأسرة وما يصاحب ذلك من عدم الشعور بالأمن. وبالنسبة للأطفال فهناك فقد للحضور المباشر لأحد الوالدين، وقد يكون هناك أيضا فقد للعلاقات مع الأجداد وغيرهم من الأفراد المهمين بالنسبة للطفل ، وربما يحدث فقدا للعلاقات والصداقات بالمدرسة ، فضلا عن فقد الإستقرار الذي تعود عليه الطفل في أسرته الأصلية (المتماسكة) . ورغم حقيقة أن أشكال الفقد هذه قد تتحدد من خلال خفض الصراع الأسري أو التخلص منه، وكذلك التخلص من المشكلات الوالدية ، ومع ذلك تظل واقعية وموجودة مع أفراد الأسرة .

وفي دراساتهما المكثفة للأسر غير المتجانسة لاحظ جون واميلي فيشر John and Emily visher بعض الخصائص المهمة فيها (فيشر وفيشر Visher & Visher ، ١٩٧٩-ب) ، فالأطفال في هذه الأسر يعتبرون أعضاء في نوعين مختلفين من البناء الأسري على الأقل؛ تشمل الأسرة الجديدة الحالية (التي تضم

أحد الوالدين وزوجه وأطفالهما الجدد)، وأسرة تضم الوالد الآخر غير الحـاضن وبعض الأطفال ، وأخيرا ربما زوج الوالد الآخر وأطفالهما . ومـن الواضـح أن شبكة العلاقات تصبح معقدة في ظل هذا الوضع بحيث يصعـب علـى الوالديـن التحكم فيها أو ضبطها ، وربما يسفر ذلك عن ترك الأطفال يواجهون هذا الوضـع بمفردهم دون مساعدة .

وقد توصل فريدريك كابالدي وباربارا ماكراي Frederick Capaldi & Barbara Mcrae ، (١٩٧٩) من خلال عملهم في العلاج النفسي في الأسر غير المتجانسة إلى مخطط يتضمن تصورا للقضايا المعقدة التي يواجهها أفراد الأسرة الجديـدة . وسوف نستعرض بايجاز طريقتهم فيما يلي : طلب كابالدي وماكراي من جميـع أفراد الأسرة رسم صورة لأسرته الجديدة، بحيث يقوم كل فرد برسم صورة تعكس تصوره الخاص للعلاقات الأسرية ، والعلاقات بين الأسرة وأفراد المجتمع ككـل . كما طلب من أفراد الأسرة أيضا رسم مخطط يوضـح تصورهـم عـن الأسـرة النموذجية ، وكذلك تصورهم عن أسرتهم الأصلية ، فضلا عن تصوره لما يجـب أن تكون عليه أسرتهم الحالية . وقد استخدم كابالدي ومـاكراي هـذه النمـاذج الأسرية النظرية لقياس مدى فهم أفراد الأسرة أو سوء فهمهم للعلاقات الأسرية ، والزواج ، والصراعات . فقد يطلب من أفراد الأسرة مثلا رسم مخطـط يوضـح وجهة نظرهم في الأدوار والعلاقات الأسرية ، ومن ثم تستخدم الاختلافات في تلك المخططات بين أفراد الأسرة كأساس لتسهيل عمليـة الفـهم المتبـادل بينـهم ، وتصويب سوء الفهم ، أو إعادة مناقشة الأدوار الأسرية . ويوضح المربع رقـم (٢-٣) تعقد الموقف الذي يوجـد به الطفل في الأسرة الجديـدة (الـذي أعيـد تركيبها).

مربع رقم (٢-٣) تشابك العلاقات في الأسرة
التي أعيد تركيبها بعد الزواج الثاني



وقد تكون تلك التعقيدات والتشابكات وأحياناً الصراعات في العلاقات داخل الأسرة الجديدة مصدراً للإثراء والنضج . ورغم ذلك فهي بلا شك مصدراً للارتباك، وتوزيعاً لمسئولية الزوجين ، فضلاً عن أنها تعد سبباً ومصدراً للضغوط والتوتر المستمر في حياة الطفل .

وبالإضافة إلى ما تعرض له الفرد من خسارة شخصية ومشكلات في ظل

الأسرة مثل التوقعات، والعادات ، وأساليب التعامل ، والاحباطات السابقة . وفي الأسرة الأصلية (المتماسكة) ، غالبا ما تسود المشاركة في المعتقدات ، والعادات ، والدعابة بين الأفراد ، بينما قد يحدث عكس ذلك في الأسرة غير المتجانسة ، حيث يحدث صدام مفاجئ بين العادات ، وأساليب الحياة دون وجود تاريخ مشترك، وحتى ربما عدم الرغبة في تحمل أفراد الأسرة لبعضهم البعض .

وفي الأسرة غير المتجانسة قد تحتل العلاقة بين الوالد والطفل مرتبة أولى على العلاقة بين ذلك الوالد والزوج الجديد ، الأمر الذي قد يعرض زواجهما للصراع (فيشر وفيشر ، ١٩٧٩) . وبالإضافة إلى ما يحمله كل زوج – كرواسب لطفولته هو – من توقعات حول السلوكيات التي يتعين على الأطفال ممارستها ، هناك أيضا تلك التوقعات التي تكونت لديه من خلال الزواج السابق . وكثيرا ما تعد الأمور المتعلقة بمراعاة آداب التعامل والنظام مصدرا للصراع بين الزوجين ؛ خاصة عندما يحاول الزوج الجديد التدخل في العلاقة بين الوالد وطفله . وربما يزداد الموقف تعقيدا عندما يحاول الوالد غير الحاضن التدخل وتشجيع الأطفال على الوقوف في مواجهة الوالد الحاضن أو زوجه أو كلاهما في الأسرة غير المتجانسة؛ وقد يحدث نفس الشيء في حالة الحضانة المشتركة .وقد يؤدي الأطفال في مثل هذه المواقف إلى الإسراع بحدوث الشقاق وعدم الانسجام بين الزوجين الجدد، مما يثير إمتعاضهما، وذلك كي يحاول الطفل شق طريقه حسب رغبته ، أو الاستئثار بالوالد في الأسرة غير المتجانسة .

وفي بعض الحالات قد تؤدي حقيقة أن علاقة الوالد بطفله تفضل علاقته بالزوج الجديد إلى ظهور مشكلات من نوع آخر ، لنفرض أن أبناء الزوج لم يحصلوا على نفس الاهتمام التي توليه الزوجة لأطفالها ؛ فإن ذلك يثير الضيق والحسد لدى الزوج وأطفاله (أي الأخوة غير الأشقاء) ، وقد يغار الأطفال نظرا

للوقت الكبير الذي يعطيه الوالد الأصلي لزوجه ، فضلا عن الاستياء والامتعاض المزمن نتيجة الاعتقاد بأن الحياة يمكن أن تكون أفضل لو لم يحدث الطلاق بين الوالدين الأصليين . وفي الحقيقة فإن مثل هذه المشكلات لا تعد شاذة وإنما تنتشر في معظم الأسر غير المتجانسة .

وأخيرا فليست هناك علاقة قانونية بين زوج الوالد وأطفال زوجه في الأسرة غير المتجانسة ، ولا يوجد التزام أو واجب بينهم سوى من خلال علاقة الزواج نفسها . وإذا أخذنا في الاعتبار حقيقة أن أحد الوالدين أو كليهما في الأسرة غير المتجانسة قد سبق أن تعرض للطلاق ، كما أن مشكلات الزواج الجديد قد تفوق كثيرا في صعوبتها مشكلات الزواج السابق، وأن معدل الطلاق يزداد بين الزيجات الثانية ، كل ذلك قد يجعلنا لا نندهش من عدم وجود التزام متبادل عميق بين الزوج الآخر وأبناء زوجه .

وهكذا فرغم أن الزواج مرة أخرى بعد الطلاق قد يعد مجازفة أو مخاطرة؛ إلا أن الأسرة غير المتجانسة تعد حقيقة في الحياة المعاصرة ، لذلك فمن المهم أن نحاول البحث عن الطرق الكفيلة بجعل تلك الأسر أكثر إشباعا وتحقيقا للرضاء المتبادل والنمو لجميع أفرادها . فمن المهم أن يجد الأطفال من يدرك ما لديهم من مشاعر سيئة نتيجة فقد الوالدين والأسرة الأصلية ، ويعترف به ويتقبله باعتباره حقا شرعيا لهم . وإذا كان الوالدين يشعران بالصراع والضيق والامتعاض المتبادل فهذا لا يعني بالضرورة أن يتخذ الأطفال نفس المشاعر (فقد يحبون الوالدين ويتمسكون بهما ويفضلون استمرارهما معا رغم تلك المشاعر) . وفي معرض الحديث عن خبرتها الشخصية كزوجة أب في أسرة غير متجانسة ، تذكر سارا إينشتين Sarah Einstein أنه كان من الصعب عليها أن تدرك بأن حبها لأطفال زوجها كان مشروطا بقدرتهم على التفكير والشعور بالطريقة التي ترغبها هي

منهم (إينشتين Einstein ، ١٩٨٢) . ولم تتحرك علاقتها بالأطفال نحو التعاطف والاحترام الطبيعي ، إلا بعد أن استطاعات تقبل مشاعرهم التي تنطوي على الحب والاشتياق لأمهم الأصلية . وقد خلصت أينشتين من ذلك إلى أن الطلاق يقع بين الوالدين فحسب وليس بينهما وبين الأطفال أيضا .

وتحتاج الأسرة غير المتجانسة أيضا إلى العمل على تنمية عادات وتاريخ مشترك خاص بها ويتضمن ذلك المناقشة المقترحة للطريقة الصحيحة للتعامل مع الأشياء ، ويمتد ليشمل كيف ومتى يتم أعداد أطعمة معينة ، وكيفية أداء أيام العطلات ، والقيم ، والعادات ، والتقاليد التي يجب أن يتمسكون بها، وكذلك الحرص على أداء الشعائر الدينية . ومن المهم ألا نحاول التركيز على تغيير أفراد الأسرة بدرجة تحول دون محاولة تقبلهم واحترامهم لوجهات نظر بعضهم في الحياة ، ومحاولة إيجاد طرق للتعاون والتكيف وتنمية العادات الأسرية المناسبة في مختلف المجالات .

ويجب أن يدرك الزوجان في الأسرة غير المتجانسة أن علاقتهما دقيقة ويتعين تنميتها بعناية ، وعليهما أيضا أن يكونا على وعي بعمق وشدة العلاقة بين كل طرف وأطفاله من الزواج السابق، مع تجنب محاولة فرض أساليب معينة من العلاقات أو النظم التي تتعارض مع رغبات بقية أفراد الأسرة ومشاعرهم . ومن الأهمية بمكان أن يحاول كل زوج في مثل هذه الأسر التحكم في مشاعر الغيرة التي قد تنتابه حيال العلاقة بين الطرف الآخر وابنائه وكذلك محاولة تجنب توجيه الاتهام إليه فيما يتعلق بولائه لأولئك الأطفال . ومن جهة أخرى يتعين على الوالد في هذه الأسرة أن يكون منفتحا مع الزوج الجديد، مع فهم مشاعره نحوهم وإدراكه لهم، ومحاولة تعديل مشاعره ومدركاته الخاصة لذلك دون حساسية كبيرة (ويتسيد Whiteside ، ١٩٨١) .

ويتعين على كل والد في الأسرة غير المتجانسة العمل بفاعلية ورغبة صادقة على تنمية علاقات طيبة مع أبناء الطرف الآخر وكذلك بينهم وبين أخوانهم غير الأشقاء ، مع ملاحظة عدم فرض تلك العلاقة بالقوة . ومن الأفضل أن يحاول أفراد الأسرة التواصل مع بعضهم بأسلوب يساعد على تنمية مشاعر التقبل، والثقة ، والتعاطف بينهم ، ومن الطبيعي أن يتم تجنب توجيه أي نقد للوالد الأصلي (خاصة غير الحاضن) أمام أطفاله .

وجدير بالذكر أن أفراد الأسرة غير المتجانسة – وخاصة الأطفال – يحتاجون إلى المساعدة والتشجيع لمواجهة مشاعر فقد الوالد الآخر، وصراعات الولاء ، وما قد يثيرونه من تساؤلات حول موقعهم أو مكانتهم في الأسرة الجديدة، فضلا عن مشاعر الغضب التي قد تنتابهم من حين إلى آخر (فيشر وفيشر ، ١٩٧٩-أ) .

وقد أجرت هيلين كرون وآخرون Helen Crohn et al (١٩٨٠) بمركز الخدمات الاستشارية للزواج مرة أخرى دراسة شملت ٣٦٧ طفلا ممن يعيشون في أسر غير متجانسة، وتوصلوا إلى أن ٨٣% من هؤلاء الأطفال تعرضوا للصراع مع زوج الأم أو زوجة الأب سواء كانوا حاضنين أو غير حاضنين لهم . كما انتشرت المشكلات السلوكية بين أكثر من ثلث عينة الأطفال تقريبا بما في ذلك الإدمان ، والمشكلات المدرسية. وتعرض البعض منهم لمشكلات في علاقاتهم مع الأقران ، والمشكلات النفسية الجسميه (الجسدنة) ، والاكتئاب ، والهرب من الأسرة . وفي النهاية اتضح أن ٣٠ طفلا أي ٩% فقط من الأطفال لم تلاحظ عليهم مشكلات واضحة .

وهكذا يتضح أن الأطفال الذين يمرون بخبرة طلاق الوالدين وزواجهما ثانية من أغراب يعرضهم لكثير من ضغوط الحياة الشديدة . ومن الضروري أن يولي المتخصصون في رعاية الأطفال أهمية كبيرة للأسر غير المتجانسة مع التركيز على المشكلات التي يواجهها الأطفال في تلك الأسر . ورغم أنه نادرا ما يقدم المعلمون على التدخل بصورة مباشرة في المشكلات التي تواجهها الأسر غير المتجانسة ، إلا أنه قد يمكنهم القيام بنوع من المساعدة في عملية التقييم غير المباشر لهذه الأسر من خلال أعداد البرامج التربوية وورش العمل للوالدين اللذين تعرضا للطلاق وإعادة الزواج ؛ حيث يتم جمع معلومات تتعلق بكيفية مواجهة الوالدين لتلك الظروف ، وكذلك إشعار الوالدين بأنهم على استعداد لتقديم العون والمساعدة لمن يحتاج إليها منهم ، وكذلك التعرف على المتخصصين الذين يمكن تحويل الوالدين إليهم عند اللزوم للحصول على استشارات أكثر تخصصا . ورغم أن دور المعلم ينحصر في عملية التعليم بصورة أساسية ، وليس ممارسة العلاج النفسي ؛ إلا أنه يعد من المهنيين القلائل في المجتمع الذين يتعاملون مع الأطفال وأسرهم ومشاكلهم بصورة مباشرة ، لذلك يتعين عليه الإلمام بالمعلومات المناسبة حول الأطفال في مثل تلك الحالات الحرجة (الطلاق واعادة الزواج الوالدي) كي يمكنهم مساعدة المتخصصين من خلال تقديم بعض المعلومات حول الطفل وأسرته ، وتقبل الطفل وفهم الدوافع الكامنة خلف مشكلاته ، فضلا عن إرشاد الوالدين إلى المكان المناسب الذي يمكنهم الذهاب إليه للحصول على الاستشارات المتخصصة التي تساعدهم على التكيف في ظل الأوضاع الأسرية الجديدة (دراك Drake ، ١٩٨١) .

الأم العاملة ورعاية الطفل

رغم أن تغير الاتجاهات والممارسات حول الطلاق وإعادة الزواج، والعائل الوحيد للأسرة قد أثرت كثيرا على الأسر في السنوات الأخيرة، إلا أن تأثير التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي أدت إلى تزايد معدل عمل كل من الأب والأم سواء في الزواج الأول ، أو الثاني ، أو حتى في الأسر ذات العائل الواحد أصبحت تحتل أهمية قصوى أيضا في هذا الصدد . وقد أوضحت إحصائيات عام ١٩٨١ أن ٥٤% تقريبا من الأطفال الأمريكيين دون الثامنة عشرة من العمر ينتمون لأمهات عاملات ، بينما تبلغ هذه النسبة ٤٥% بين أمهات الأطفال دون السادسة من العمر (هاكر Hacker ، ١٩٨٣) . وهذا يعني أن نصف الأطفال الأمريكيين تقريبا يقضون بعض الوقت من اليوم في رعاية فرد آخر غير الوالدين سواء من داخل الأسرة أو خارجها، أي بزيادة قدرها ٤٠٠% منذ الحرب العالمية الثانية (كوتولاك Kotulak ، ١٩٨٦) .

ورغم تباين الآراء حول مدى فائدة الرعاية الخارجية للطفل لفترة كبيرة من اليوم في ظل غياب الوالدين الأصليين أو عدم فائدتها لهم ، إلا أنه لا تتوافر أدلة قاطعة توضح التأثيرات الايجابية أو السلبية لفقد الأطفال لرعاية الأمهات لهم بعض الوقت على نموهم . وكما هو الحال في كثير من المواقف فكلما زاد الأمر غموضا زادت حدة الآراء بشأنه ، وارتفعت حرارة التعبير عنها .

وقد يرجع عدم توافر الأدلة المناسبة حول تأثير فقد رعاية الأم على الأطفال في جانب منها إلى صعوبة إجراء البحوث في هذا الصدد، حيث يتعين على الباحث مثلا حصر التأثيرات النسبية لمختلف أنواع تلك الرعاية إبتداء من رعاية الأب ، أو الأخ الأكبر ، أو الأجداد ، أو الغرباء في بيوت الرعاية ، أو

مراكز الرعاية المتخصصة . بالاضافة إلى أن العمر الزمني للطفل عند تعرضه لنوع أو آخر من الرعاية البديلة (عوضا عن الأم) يعد متغيرا مهما يجب أخذه في الحسبان ، وكذلك الفترة الزمنية التي يقضيها الطفل في ظل تلك الرعاية سواء كانت يومية أو سنويه . كما أن الظروف التي دفعت الأم للعمل خارج المنزل، وكذلك طبيعة عملها تعد متغيرات أخرى قد تلعب دورا لا يجب إغفاله عند دراسة هذه القضية . وبمعنى آخر ، هل تستطيع الأم الذهاب إلى طفلها في فترات راحة أثناء العمل ؟، وهل هناك استمرارية وثبات بين من يقوم برعاية الطفل غير الأم ؟ ، وما الظروف المادية والانفعالية أو العاطفية المرتبطة بمكان الرعاية ؟ ، وهل يتعرض الطفل لخبرات تربوية منظمة أو مخططة , أو أنه يحصل على الرعاية البدنية فقط ؟ ، وما هي كفايات القائم على رعاية الطفل؟ . أو لسوء الحظ فإن مثل هذه المتغيرات تتداخل وتؤثر كثيرا على نتائج أي دراسات يمكن أن تجرى في هذا المجال .

وربما ترجع بعض الأسباب الأخرى إلى نقص الأدلة حول التأثيرات الايجابية أو السلبية للرعاية البديلة للطفل ، إلى كونها خبرة تعد محايدة وغير مهمة بدرجة كبيرة ؛ ومن ثم فإن تأثيرها العام على حياة الأطفال يعد ضئيلا إلى حد كبير، لذلك لم يعيرها الباحثون اهتماما كبيرا في دراساتهم . ومن جهة أخرى فقد أوضحت بعض الدراسات أهمية أن يحصل الطفل على الرعاية الصحية التي تشبع حاجاته الأساسية بصورة مناسبة سواء في وجود الوالدين أو غيابهما .

وهكذا يمكننا الخروج بنتيجة عامة مؤداها أنه لا تتوافر أدلة واضحة تساعدنا في حسم قضية رعاية الطفل من قبل أفراد آخرين غير الأم ومدى خطورتها أو فائدتها له (إيتاوغ Etaugh ، ١٩٨٠ ؛ سيجال Siegal ، ١٩٨٢) . وقد يرتبط تأثير تلك الرعاية على الطفل بعدة متغيرات أخرى مثل : عمر الطفل

وجنسه ، ونوع الرعاية الذي يتلقاها ، والعوامل الاجتماعية – الاقتصادية للأسرة، والخصائص العرقية والثقافية ، والاتجاهات الوالدية . ومع ذلك فلا يوجد أساس يمكن الاستناد إليه لدعوة الأمهات للعودة إلى المنزل ، وترك العمل ، والتفرغ لرعاية الأطفال ، فضلا عن أنه أمر قد يكون صعب المنال، حيث تتباين الآراء ووجهات النظر العامة بشأنه (إيتاوغ ، ١٩٨٠ ؛ مارتين وبورجس وكرنيك Martin , Burgess, & Crnic ، ١٩٨٤) ، بيد أنها تعد النتيجة الوحيدة التي يمكن الخروج بها من مناقشة هذا الموضوع في الوقت الراهن .

ورغم حقيقة عدم توافر أدلة متسقة حول التأثيرات السلبية لعمل الأم والرعاية البديلة للطفل، إلا أن كثيرا من الأصوات تتعالى رافضة هذه الحالة ، فضلا عن أن كثيرا من الأمهات العاملات يشتكين من تعرضهن للصراع والشعور بالذنب بسبب العمل وترك أطفالهن في رعاية الآخرين ، فإذا ما تعرض الطفل لبعض المشكلات الصحية أو الانفعالية في ظل عمل الأم ، فغالبا ما يفترض الآخرون أنها فشلت في تنظيم حياتها وتحمل مسئوليتها كأم، وقد ينتابها هي أيضا هذا الشعور (نادليسون Nadelson ، ١٩٧٩) . وقد تؤدي مثل هذه المشاعر أحيانا إلى جعل الأم تمارس بعض التصرفات التعويضية مع الطفل مثل التدليل والتساهل الزائد ، أو عدم القدرة على تعويده إتباع النظام المناسب في حياته . ومع ذلك فعندما لا تستسلم الأم للشعور بالذنب ، ولا تمارس التصرفات التعويضية بسبب العمل ، وتركز بدلا من ذلك على الحاجات الواقعية للطفل وتعمل على إشباعها ، عندئذ قد يمكن تجنب المشكلات سالفة الذكر [هوفمان Hoffman ، ١٩٧٩) . وفي الواقع فقد يؤدي عمل الأم أحيانا إلى توفير المناخ الذي يساعد الأطفال على الاستقلالية ، وممارسة الأدوار المناسبة لجنسهم (هوفمان ، ١٩٨٤) .

ومما تجدر الإشارة إليه ضرورة أن نأخذ في اعتبارنا أن البحث العلمي يعد نشاطا يرتبط بالثقافة التي يجري فيها ، ومن ثم فإن ما قد يكون حقيقة أو صحيحا في زمن ما ، وفي مكان ما ، قد لا يعد كذلك في زمن ومكان آخر . وكل ما نأمله أن تستمر التساؤلات حول تأثير عمل الأم ، ورعاية الآخرين للطفل مثارة لدى الباحثين ، وأن يستمروا في بحث تلك القضية المهمة ليس بغرض توفير نتائج أو آراء معينة حول هذا الموضوع فحسب وإنما لمحاولة رسم صورة واضحة عن أفضل الظروف البيئية التي يجب توفيرها لأطفالنا .

الفروق العرقية والثقافية

رغم أن القيم الثقافية والاجتماعية والأسرية تعد جزءا من النظام البيئي الذي يعيش فيه كل طفل منذ مولده ، إلا أن بعض الأطفال قد يتعرض للصراع في ظل تلك القيم، مما يزيد من تعقيد عمليات نموهم، ويؤثر بعمق على حياتهم . فغالبا قد يستحيل على الأطفال في أسر الأقليات تنمية نوع من التكامل بين قيم وعادات المجتمع الكلي مع قيم وعادات الجماعة الثقافية التي ينتمون إليها ، مع تجاهل الوسائل المؤثرة في تحقيق ذلك التكامل . فكثيرا ما يشاهد الصغار ممن ينتمون إلى أسر السود ، أو الأسبان ، أو الهنود يوميا في التلفزيون ، والسينما ، والجرائد ، والمجلات أن هناك فرصا متاحة أمامهم للالتحاق بالتعليم والأعمال المختلفة . ورغم ذلك فهم يرون أيضا المعاناة اليومية التي تعانيها أسرهم للهروب من دائرة الافتقار إلى التعليم ، والحرمان الاقتصادي، والإحباط ، واليأس. فإذا كانوا في سن المدرسة فقد يقضون أيامهم في غرف الدراسة مجردين من الحماس أو التحديات التي تربطهم بحياتهم خارج المدرسة . وعندما

يتقدمون نحو المراهقة والرشد فغالبا يدركون أن فـرص العمـل بعيـدة المنـال بالنسبة لهم ، وقد يجدون أنفسهم محصورين في بعض الأعمال الوضيعة أو حتى قد لا يجدون عملا على الإطلاق.

فالأطفال السود على سبيل المثال حين يبلغون السابعة لا يدركون فقط مـا يوجد في المجتمع من فروق عرقية وإنما يدركون أيضا النظـرة الدونيـة التـي يوليها المجتمع لجماعتهم الثقافية (ويليمـز ومورلانـد Welliams & Morland ، ١٩٧٦) . وباستثناء وسائل الإعلام فإن فرص اتصال هؤلاء الأطفال بـالمجتمع الكلي تعد قليلة نسبيا ، نظرا لان معظم السكان السود يتمركزون في ٤٧ مدينـة كبرى تضم مناطق تبلغ نسبة السود ٥٠% من قاطنيها (كوتنجـام Cottingham ، ١٩٧٥) . وقد انفصلت هذه المناطق تاريخيا عن ثقافة الأغلبية، وتكونـت لـدى قاطنيها صورا نمطية تتسم بالدونية في مفهومهم عن ذواتهم، وهنا نجد معظـم الأطفال السود تتكون لديهم صور سلبية عن أنفسهم ، كما يتسـمون بانخفـاض مستوى تقدير الذات ، ويشعرون بالرفض لجماعاتهم العرقية والثقافيـة . وقـد تؤدي المشكلات التي يواجهونها في تكوين مفهوم ذات مناسـب إلـى تعرضـهم للقلق، وصعوبة مواجهة الإحباط ، والحرمـان ، وانخفـاض الدافـع للإنجـاز، والشعور بعدم القدرة على التحكم في البيئة أو ظروف الحياة المحيطـة بـهم ، والميل إلى الجناح ، وارتفاع مستويات الطموح بصورة غير واقعيـة (بـارنيز Barnes ، ١٩٧٢) .

وعقب الحرب العالمية الثانية ، أوضحت كثير مـن الأبحـاث أن الفـروق العرقية وما يصاحبها من حرمان اقتصادي وتربوي يحول دون إتاحة الفرص أمام الأطفال السود لتنمية الكفايات والمرور بالخبرات الأساسية اللازمة لتكوين مفهوم ذات ايجابي قوي لديهم (درجر وميللـر Dreger & Miller ، ١٩٦٨ ؛ كـاردينر

وأوفسي Kardiner & Ovesey ، ١٩٦٨) . وقد أدى تعرض هؤلاء الأفراد إلى نظام تعليمي معزول دون المستوى إلى التحاقهم بأعمال بسيطة ، وربما لا يجدون عملا مناسبا وهذا بدوره يؤدي إلى عدم استقرار الأسر المنتمية لجماعات السود أو غيرها من جماعات الأقليات . وفي هذا الإطار تنمو لدى معظم الشباب في جماعات الأقليات أنماط من التوافق تسير في دائرة الفقر وقلة فرص العمل مما يسفر عن انخفاض دافعيتهم للحياة، واعتمادهم على إعانات الشؤون الاجتماعية ، وتدهور مستوى تقدير الذات .

وجدير بالذكر أن معظم الأطفال السود وغيرهم من الأطفال في جماعات الأقليات يشبون وهم يدركون تماما أنهم يعيشون في أقل المناطق تقبلا بالنسبة لبقية أفراد المجتمع – الانعزال ، الحواجز ، التحفظات – ويشاهدون انتشار الجوع ، والفقر ، والمرض وعدم توافر المسكن الصحي ، وتدني مستوى الحياة بصورة عامة سائدة في مناطقهم . وهم يلمسون أيضا معاناة الكبار للحصول على عمل (أي عمل) مما يترتب عليه فقدهم الحماس لتعلم مهارات مهنية يشعرون بضآلة فرص استخدامهم لها في المستقبل . وهم يعانون كذلك من قلة المواصلات وفرص الترفيه ، ويلتحقون بفصول مزدحمة ، ويتعاملون مع معلمين غالبا ما ينظرون إليهم نظرة نمطية تتسم بالدونية .

ولا شك فإن مرور الأطفال بمثل تلك الخبرات يوميا تعرضهم لليأس والإحباط والقنوط . وقد أدت تلك التأثيرات الحادة للتمييز العرقي إلى إقرار الرابطة المشتركة للصحة النفسية للأطفال بأن هذا التمييز العرقي يعد من أكثر مشكلات الصحة العامة في الولايات المتحدة الأمريكية خلال الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين ، التي عرضت الأطفال لليأس، والإحباط المعنوي ، والجناح (الرابطة المشتركة للصحة النفسية للأطفال Joint Commission on the Mental Health OF Children ، ١٩٧٠) .

بيد أنه ليس بالضرورة أن تكون تلك هي صورة النمو لدى جميع الأطفال السود أو غيرهم من أبناء جماعات الأقليات (بويل Pewell ، ١٩٨٣) . فهناك كثير من أولئك الأطفال ينمون في اسر قوية ويتلقون الدعم اللازم لتنمية مفهوم ذات ايجابي دون فروق بينهم وبين أقرانهم البيض (روزنبرج Rosenberg ، ١٩٧٩) . وقد استفاد الأطفال السود من التغيرات التي حدثت نتيجة حركات حقوق الإنسان ، مما دفعهم إلى التغلب على ما يعترضهم من عقبات ناتجة عن الحرمان الاقتصادي والتمييز العرقي ، ومن ثم استطاعوا تحقيق مستوى مرتفع في التحصيل الأكاديمي، والحصول على مهن ووظائف جيدة (فارلي ، Farley ، ١٩٧٧ ؛ ويلسون Wilson ، ١٩٧٨) .

ويكمن العامل الأساسي خلف ذلك النوع من التوجه الصحي الفاعل؛ في أساليب التنشئة الأسرية الايجابية التي تعلم الصغار أن عدم توافر الفرص يجب أن يكون حافزا لبذل مزيد من الجهد أو البحث عن فرص بديلة . وقد أجرى فيليب برومان وكليوباترا هوارد Phillip Bowman & Cleopatra Howard ، (١٩٨٥) دراسة لأساليب التنشئة الاجتماعية لعينة تضم ثلاثة أجيال من السود في مختلف الولايات الأمريكية . وقد اتضح أن أساليب التنشئة التي تؤكد على الاعتزاز بالأصل العرقي، والتمسك بميراثه ، ووحدة السود ، والتميز الفردي ، وبناء الشخصية ، والاعتماد على النفس ، والمساواة بين الأعراق ، وضرورة التعامل مع مختلف الأفراد بغض النظر عن الأصل، كلها تعد أساليب مهمة تساعد على تكوين معتقدات لدى الفرد بقدرته على مواجهة الصعاب بفاعلية لتحقيق ما يريده من إنجازات .

ومع ذلك فقد تكون تلك الأساليب من التنشئة الاجتماعية مصدرا للصراع في بعض جماعات الأقليات الأخرى . فبعض الأسر من الهنود الأمريكيين مثلا تؤكد على أهمية المشاركة، والكرم ، والتعاون مع الآخرين ، والتوجه نحو التعامل مع الأحداث حسب الظروف وليس حسب جدول زمني معد مسبقا، واحترام

الكبار حسب ترتيب مولدهم الطبيعي، واعطاء أهمية كبيرة للأسرة الممتدة . وفي مثل هذه الأسر يتعين على الفرد إعطاء أهمية كبيرة للألفة والتكامل مع بقية الأفراد بدلا من معارضة أي تدخل في شؤونه، أو محاولة فرض أرادته على الأحداث الخارجية (ويز وميلر Wise & Miller ، ١٩٨٣) . وقد يصعب على الطفل أو المراهق في تلك الأسر التوفيق بين هذه القيم وتلك السائدة في المجتمع الكلي التي ترى أن علاقة الفرد بالعالم يجب أن تقوم على أساس الكفاح ، والنضال والشجاعة ، والاقدام.

ومما تجدر الإشارة إليه هنا أننا سقنا هذه المناقشة ليس لمجرد تقديم حلول أو اقتراحات بسيطة وإنما للتأكيد على ما يواجهه أطفال الأقليات من ضغوط وصراعات حقيقية صعبة أثناء محاولة التوفيق بين ما يتعلمونه من قيم في الأسرة والثقافات الفرعية وتلك السائدة بين أفراد المجتمع الكبير الذي ينتمون إليه . وهنا يتعين على المعلمين وغيرهم من المتخصصين في رعاية الطفل أن يدركوا باستمرار أنماط الضغوط والصراع الداخلي التي يتعرض لها أطفال الأقليات يوميا ، كما يتعين عليهم محاولة التعرف على العناصر القوية التي تظهر من بين أفراد الثقافات الفرعية ويحترمونها فضلا عن محاولة فهم الأنماط الفريدة لتلك العناصر التي تخرج من مثل هذه الخبرات والخلفيات .

ولحسن الحظ فإن أطفال جماعات الأقليات غالبا ما يشتركون في بعض الخصائص العامة القوية التي تؤكد على دعم الأسرة وتقويتها وتوثيق عرى الروابط بين أفرادها (مونوز Munoz ، ١٩٨٣ ؛ ريدهورس Red Horse ، ١٩٨٣؛ فيجا وهونج ورميرو Vega , Hough , & Romero ، ١٩٨٣ ؛ ياما موتو وكوبوتا Yamamato & Kubota ، ١٩٨٣) . إن وجود الأسرة كمصدر لمواجهة التمييز العرقي ، ومكافحة الفقر يوفر للصغار ما يحتاجون إليه من دعم لمواجهة الضغوط المرتبطة بانتمائهم لجماعات الأقليات .

ملخص

حاولنا في هذا الفصل مناقشة بعض محددات دراسة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين ، وقد تم استعراض بعض القوى العضوية والنفسية ، والبيئية التي تؤثر على الطفل كي تسفر عن نمط فريد من الخصائص والسلوك لديه . ولا شك فإن تلك القوى المعقدة المتفاعلة تتطلب نوعا من الإطار النظري لتنظيمها، وقد حاول عدد من العلماء المرموقين تقديم نظريات في النمو من أجل توفير ذلك الإطار فقط .

وقد زودتنا نظريات التحليل النفسي والسيكوديناميية ببعض المعلومات حول الصراعات والقلق الداخلي الذي يؤثر على الأطفال . ومن جهة أخرى فقد ركزت النظريات السلوكية على عملية التفاعل بين الفرد والمثيرات البيئية التي حاول سكنر تنظيمها ووضعها في أنماط يمكن التنبؤ بها . وقد أضاف أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي مزيدا من الثراء إلى وجهتي النظر السابقتين ، كما قدموا مجموعة من المفاهيم التكاملية التي تتيح امكانية الاستفادة التطبيقية للنظريات السيكوديناميية والسلوكية . كما استعرض بياجيه النمو العقلي المعقد، وقد أدت أفكاره إلى تعميق فهمنا لعملية تعرف الأطفال على العالم المحيط بهم .

ورغم عدم وجود نظرية بيئية محددة إلا أن المفاهيم البيئية أكدت على أهمية تطبيق المفاهيم النظرية في الواقع والعالم المعقد الذي ينمو الأطفال في ظله، فقد يمكننا عزل الأحداث على المستوى النظري أو حتى في المعمل، بيد أنه لا يمكن عمل ذلك في عالم الواقع، ومن ثم يصبح من المهم محاولة التحقق من أفكارنا في النظام البيئي الذي يعيش وينمو فيه الطفل .

ويتضمن ذلك النظام البيئي الموقف الأسري ، وقد ساعدتنا الأبحاث المكثفة التي تناولت الأداء الأسري في تحديد كثير من النماذج السوية والمضطربة للأداء الأسري . وقد أدت التغيرات الكثيرة في القيم الاجتماعية إلى تغيرات مماثلة في تركيبة النظام الأسري . وفي هذا السياق تمت مناقشة بعض القضايا المعاصرة مثل الطلاق ، والأسرة غير المتجانسة، والأسرة التي يخرج فيها الوالدان للعمل خارج المنزل .

وفي النهاية تعرضنا بإيجاز لتأثير الفقر والعنصرية على حياة الأطفال، ولسوء الحظ لا توجد حلول بسيطة لمشكلة الحرمان الاقتصادي والاجتماعي، إلا أنه يجب التعامل معها باعتبارها عوامل تلعب دورا هاما في نشأة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين .

الفصل الثالث

تقييم الأطفال والمراهقين
المضطربين سلوكياً

مقدمة

التقييم مصطلح واسع للإجراءات المستخدمة في جمع المعلومات واتخاذ القرارات، ويشمل التقييم دراسة الظروف المتواجدة في بيئة الطالب، وتحديد أهليته لتلقي البرامج التربوية الخاصة ، واختيار التدخلات العلاجية والبدائل التعليمية المناسبة ، ومراقبة أداء الطالب وكذلك تقييم مدى فعالية البرامج التربوية المستخدمة معه . ويأخذ هذا الفصل بالاعتبار استخدامين أساسيين لتقييم الطلاب الذين يعانون من مشكلات في الشخصية واضطراب في السلوك الأخلاقي . (Conduct) .

١-إجراءات مستخدمة لتحديد الأهلية ، والبديل التربوي ، والبرمجة التربوية الخاصة .

٢-إجراءات مراقبة سلوك الطالب بشكل مستمر .

ونظرا لاختلاف أهداف كل نوع من أنواع التقييم، فإن بعض الأساليب المناسبة لكل هدف قد تختلف أيضا . فالتقييم بهدف التحويل أو التعرف على سبيل المثال يركز على كيف وإلى أي مدى ينحرف سلوك الطالب عما هو متوقع من أقرانه الأخرين ممن لديهم خصائص مشابهة . وعلى النقيض من ذلك، فإن من يراقب سلوك الطالب قد يهتم بقياس الانحراف، ولكنه يركز على تحديد مدى التغير الذي يطرأ على الطالب كإستجابة للإجراءات العلاجية المستخدمة مع مرور الوقت .

وجهة النظر البيئية

اهتمت الفصول الأولى بوجهة النظر البيئية في دراسة مشكلات الشخصية والاضطرابات الأخلاقية Conduct . إذ يجب أن ينظر لسلوك الفرد ضمن إطاره البيئي حيث تمثل الاضطرابات الانفعالية والسلوكية صراعاً Conflict أو نقصا في التوافق بين الفرد وبيئته . وقد ذهب رودس وباول Rhodes and Paul ، (١٩٧٨) إلى أن ملاءمة السلوك ليست إلا وظيفة السلوك نفسه ، وكذلك مع من وأين يحدث السلوك؟ ووفقا لوجهة النظر هذه ، فإن تقييم الاضطرابات السلوكية يجب أن يتضمن دراسة الفرد وبيئته . فالاهتمام يجب أن يُعطي لكل من الطفل المضطرب والنظم البيئية المضطربة (الجوزين Algozzine ، ١٩٧٧) .

يقدم هذا الفصل إجراءات وأساليب تتناسب مع وجهة النظر البيئية؛ إذ يشمل طرقاً لقياس سلوك الفرد وكذلك التأثيرات البيئية – وبشكل خاص داخل الفصول الدراسية والمدارس– على الطلاب . ويهتم هذا الفصل بتقييم ما أسماه دينو وميركن Deno and Mirkin (١٩٧٧) " مجتمع الطفل الصغير" Child's Smaller Society والذي يشمل الأشخاص المهمين في حياة الطفل .

العادية في تطور الطفل

غالبا ما تكون الأحكام بانحراف الانفعال والسلوك معيارية Normative إذ تعكس ما يعتبر عادياً ضمن أطر خاصة . فحين يوافق السلوك التوقعات يعتبر عاديا Normal، ولكنه حين ينحرف عن التوقعات يعتبر سلوكاً غير عادي . وتعكس المدارس التوقعات الاجتماعية ، والثقافية والمجتمعية للسلوك الملائم ، وتختلف هذه التوقعات طبقا لخصائص الأطفال الشخصية، والعوامل الاجتماعية

والسياسية (وود Wood ، ١٩٨١) . وتعكس نظريات الشخصية لفرويد وإريكسون التي تم تلخيصها في الفصل السابق ، وكذلك نظريات بياجيه وكولبيرج التي اهتمت بالمنظور المعرفي والخُلقي سياق مراحل النمو وفق ارتباطها بالعمر. فنحن على سبيل المثال نتوقع أنماطا مختلفة من سلوك الطلاب في مرحلة ما قبل المدرسة، وفي الصف الرابع وفي المرحلة المتوسطة ، وكذلك في المرحلة الثانوية حتى تحت نفس الظروف . وبالإضافة إلى ذلك فإن توقعاتنا للسلوك تختلف وفقاً لعدد من المتغيرات من مثل الجنس (جاكسون ولاهورن، Jakson and Lahaderne ، ١٩٦٧) والحالة الاقتصادية الاجتماعية(ريس Rise ، ١٩٨١) والعرق (بريتو ذوكر Prieto and Zucher, ، ١٩٨١ ؛ كوتس Coates ، ١٩٧٢) والجاذبية الجسمية (روس وسالفين، Ross and Salvia ١٩٧٥) والتحصيل الأكاديمي (بروفي وجود Brophy and Good ١٩٧٤) . ويبدو أن المعلمين يستجيبون بشكل مختلف للسلوك المُشكل بالاعتماد على خصائص معينة للطالب .

وتثير النظم البيئية المختلفة أيضا توقعات مختلفة للسلوك (باركر Barker ، ١٩٨١) فعلى سبيل المثال نتوقع أن يختلف سلوك الأطفال في غرفة الدراسة عن سلوكهم في الملعب . فنتوقع أن يكونوا هادئين ، ومنتبهين ، وجادين في الأول، في حين يكون سلوكهم صاخبا ، نشطا في الثاني . وكذلك قد يكون للأقران. والوالدين والكبار الآخرين توقعات أخرى للسلوك المناسب حتى ضمن الموقف الواحد . فالوالدان والمعلمون على سبيل المثال قد تكون لهم وجهات نظر متفاوتة حول أسلوب التأديب المناسب . وقد توجد فروق كبيره فيما يعتبر سلوكا عاديا أو مقبولا في إحدى المدارس مقارنة بمدرسة أخرى؛ وذلك بالاعتماد على خصائص الطلاب، وقيم المجتمع ، ومصادر المدرسة ، واتجاهات المعلمين والإداريين .

ونجد أن التربويين في المجتمع الواحد يمكن أن يختلفوا حول السلوك . مثل استخدام طلابهم للغة البذيئة (أنظر مربع رقم ٣-١) ولكن القضية تصبح أكثر حساسية عند طرح أسئلة من مثل ما هي اللغة البذيئة ؟ أين تكون غير مناسبة ؟ ماذا يجب أن نفعل بشأنها ؟ فقد تظهر اختلافات كبيرة في التوقعات السلوكية من فصل لاخر ضمن نفس المدرسة .

وحتى ضمن غرفة الدراسة الواحدة ، فقد تتغير توقعات المعلم والطالب للسلوك وفقاً لنمط النشاط أو الوقت خلال اليوم الدراسي . وبالتالي يجب أن يأخذ تقييم اضطرابات الشخصية والاضطرابات الأخلاقية في الاعتبار خصائص النظم البيئية للطلاب بالإضافة إلى خصائصهم الشخصية .

قضايا المسح والتعرف

يجب الاهتمام كثيراً بالقرارات التي تقود إلى التحويل ، والتعرف ، ووضع الطلاب في برامج التربية الخاصة . فقانون التربية لجميع الأطفال المعوقين (القانون العام ٩٤-١٤٢) يدعوا إلى التعرف على جميع الطلاب المعوقين ، بمن فيهم أولئك الذين يطلق عليهم المضطربين انفعالياً بدرجة شديدة ، وتقديم الخدمات التربوية الخاصة التي يحتاجون إليها . وقد أطلق على الدعوة لإيجاد الأطفال المعوقين والتعرف عليهم "مبدأ التربية للجميع Zero rejecr principle " فهدف التعرف هو تصميم برامج تربوية فردية مناسبة (IEP) للطلاب المعوقين في أقل البيئات تقييداً . ومن أجل الأهلية لخدمات التربية الخاصة يجب أن يتم التعرف رسمياً على الطالب وذلك بانطباق محك التشخيص للاضطراب الانفعالي الشديد عليه .

يعتبر التقييم الدقيق ، وغير المتحيز مهماً لتقليل مخاطر كل من التشخيص السلبي الخاطئ والتشخيص الإيجابي الخاطئ . فإجراءات التشخيص السلبي الخاطئ هي تلك التي تفشل في التعرف على الطلاب ممن هم معوقين في الحقيقة. إذ أن النتيجة غير المرغوبة لمثل هذا التشخيص هي رفض الخدمات الاجتماعية للطلاب التي يمكن أن ينتفعون بها . وكذلك فإن التشخيص الإيجابي الخاطئ قد يعرف الطلاب بشكل غير صحيح على أنهم معوقين ، فالنتيجة غير المرغوبة لمثل هذا التشخيص هو وصم الطفل بالإعاقة، مع ما يترتب عليه من توقعات سلبية محتملة، واستبعاد محتمل للطفل من الدمج التربوي .

وتضعنا الاضطرابات السلوكية أمام تحديات كبيرة وذلك بمحاولة تجنب كل من التشخيص السلبي أو الإيجابي الخاطئ . ويرجع هذا التحدي أولاً إلى عدم توفر محك تشخيص محدد ومقاييس كمية لتحديد الأهلية. ويشمل التحدي الثاني المستوى المرتفع نسبياً للوصم أو المفهوم السالب للذات المصاحبة للاضطراب الانفعالي والسلوكي ، واستخدام البعض لهذا المصطلح ليظهر حاجة الطلاب ضمن هذه الفئة للخدمات الخاصة .

وكما لاحظنا سابقا فإن الاعتبارات التي يحكم في ضوئها انحراف الانفعال أو السلوك ، هي انعكاسات للجوانب الثقافية والسياسية؛ كما أنها انعكاس للقيم الشخصية والخُلقية والعرقية . وهي مسألة رأي واعتقاد بناء على إدراكنا لما نعتبره سلوكاً عادياً ضمن مواقف وأوضاع معينة . ولهذا فان من واجب الأفراد المشاركين في التقييم السلوكي أن يكونوا على معرفة بالتطور المعرفي ، والاجتماعي ، والشخصي السوي . ويجب كذلك أن يكونوا على وعي بالمعايير القانونية والخلقية للسلوك في النظم البيئية التي ترتبط بها وتحتكم إليها . ويجب أن يدركوا بأن الأحكام المهنية قد تختلف أحياناً عن القيم الثقافية وقيم المجتمع والأسرة .

ولقد طور كل من فرانك هويت وفرانك تايلور Hewett and Taylar ، (١٩٨٠) بالاعتماد على مصادر متعددة نموذجا لتصنيف المشكلات السلوكية وذلك وفقا لكل من نمط ودرجة الانحراف عن المعايير (انظر مربع ٣-٢) ويشمل تسلسل هويت وتايلور على كفايات التعليم الهامة كالانتباه، والاستجابات الحركية واللفظية ، والنظام ، والمهارات الاجتماعية ، ومهارات الاستكشاف والاتقان . وسوف نناقش بشكل أوسع مفهوم هويت وتايلور للمشكلات السلوكية المدرسية خلال الجزء الثاني من هذا الكتاب بمزيد من التفصيل .

مربع رقم (٣-١) وجهات نظر حول اللغة البذيئة المستخدمة في المدارس

طبقا لما أوردته مجلة ملواكي Milwaukee Journal يعتقد بعض المعلمين بأن استخدام الطلاب للغة البذيئة في ازدياد . فقد ذكر بعض المعلمين أن الطلاب " غير مؤدبين ليس فقط في مناقشاتهم مع الآخرين، ولكن أيضا في الفصل وفي مخاطبتهم لمعلميهم " وعلق معلم آخر بقوله : " أن كل معلم لديه نفس الشكوى ، فهناك قلة احترام واستخدام كلمات نابية ، إنها في الحقيقة انعكاس للمجتمع ، إنها تزحف أحيانا إلى حديثنا " . وذكرت معلمة أخرى أنها بعد أن نبهت الطالب لاستخدامه لغة نابية ، علق بقوله " أنا لا اعرف لماذا أنت منزعجة ، فأنا استخدم هذه اللغة في المنزل طوال الوقت "، وقد عبر المعلمون الذين تمت مقابلتهم عن أفكار مختلفة وذلك في التعامل مع مشكلات اللغة . وقد اقترح البعض أن تقوم المدرسة بإجراءات حجز الطالب وتأخيره وحرمانه مؤقتا من بعض الامتيازات عند استخدامه لغة غير مناسبة ، في حين يعتقد آخرون تجاهل ذلك ما لم تكن عبارات وقحة وبصوت مرتفع وموجهه مباشرة للمعلمين أو المدراء أو الطلاب الآخرين . ولقد اقترح أحد أعضاء مجلس الأمناء في إحدى المدارس إيجاد مدرسة أو فصل خاص للأطفال الذين يستخدمون لغة بذيئة بشكل مفرط حيث يمكن مساعدتهم على التعبير عن أنفسهم بطريقة أكثر تقبلا .

ولعل هذا الحديث حول استخدام اللغة البذيئة يكشف عن بعض الصعوبات في تحديد ما هو السلوك المقبول أو المنحرف في المدرسة. ومن الأسئلة التي لم تجد حلا حتى الآن :

ما الذي يعتبر سلوكا مقبولا في المدرسة ؟

هل تختلف معايير المدرسة عن معايير المنزل والمجتمع ؟

أي المعايير نستخدم ،أهي معايير المعلمين، أم الوالدين أم الطلاب أنفسهم ؟

هل سلوك الأغلبية أم السلوك العادي هو الذي يعتبر معيارا ؟

حين ينحرف السلوك عن توقعاتنا لما نعتبره مناسبا، هل نعدله، أم نعدل جزءا منه، هل نعاقبه ، أم نعزل أولئك الذين يقومون به ، أم نحاول معالجته ؟

ولقد ذهب بول جروبارد Paul Graubard ، (١٩٧٧) إلى أن الاضطرابات السلوكية عبارة عن سلوكيات منحرفة تخرج عن التوقعات المناسبة، وتجعل الآخرين يتمنون توقفها. وتعكس تعريفات الانحراف الانفعالي والسلوكي الموجودة هذا التوجه نسبيا . وهكذا فان محك التشخيص لا يفسر وفق القياس المباشر أو الموضوعي Opjective , ولم يطور بعد اختبار أو مقياس يؤدي إلى التشخيص بصورة مباشرة .

تعريف الحكومة الاتحادية

تدعم القوانين الاتحادية تنفيذ القانون العام ٩٤-١٤٢ والذي يشتمل على تعريف الاضطرابات الانفعالية الشديدة Serious emotional disturbance (SED) والذي ورد في الفصل الأول . وتطبق معظم الولايات أيضا هذا التعريف أو تقوم بتعديله ولكن بما ينسجم مع تعريف الحكومة الاتحادية المأخوذ أصلا عن آيلي باور Eli Bower ، (١٩٨١) . وبرغم أن التعريف الرسمي أورد خصائص وسمات عديدة سواء كانت مفرده أو مجتمعه من شأنها أن تجعل الطالب مؤهلا لتصنيف الاضطرابات الانفعالية الشديدة ، إلا أنه لم يوفر أية إجراءات نفسية تربوية أو معايير محددة لتشخيص الاضطرابات الانفعالية الشديدة . وكان التوجيه الوحيد متمثلا في أن الحالة يجب أن تظهر لفترة زمنيه طويلة وبدرجة شديدة وملفتة . وهذه الشروط تعني أن السمات والخصائص الواردة ليست مؤقتة وهي تمثل مصدر خطورة على الفرد وعلى الآخرين . ولكن السؤال الذي يطرح نفسه هنا هو متى تعتبر الفترة الزمنية طويلة ؟ هل هي عشرين يوما ، أم خمسة أشهر ، أم ثلاث سنوات ؟ وما هي النقطة التي يصبح عندها السلوك المنحرف شديدا وذلك في مقابل الاضطراب البسيط أو المتوسط ؟ فمن الواضح أنه لا توجد إجابات محددة لأي من هذه الأسئلة .

المربع رقم (٢-٣) الخصائص العامة (الشائعة) للأطفال المضطربين سلوكياً

قليل جداً		عادي (مناسب).		كثير جداً
اضطرابات في الادراك الحسي (ccd)	أحلام يقظة بشكل مفرط (ii) ذاكرة ضعيفة (a) قصر فترة الانتباه (ii) يعيش في عالم خاص به أو بها (ii)	ينتبه	انتباه انتقائي (a)	تثبيت على مثير معين (a)
يتصف بالجمود (a)	بليد (ii) فاقد النشاط (ii) خامل (ii) أخرى مكتئب (pp)	يستجيب (حركيا)	نشاط زائد (cp) لا يعرف الراحة (cp)	اثارة ذاتية (sed)
الاخفاق في نمو الكلام (sed)	يفشل في استخدام اللغة (sed) للتواصل	يستجيب (لفظياً)	كثير الكلام (a)	يستخدم ألفاظاً بذيئة (cp) يسيء استخدام الألفاظ (a)
يؤذي نفسه (sed) لا يتقيد بالقوانين (فوضوي) (a) مخرب (مولع بالتخريب والاتلاف) (cp)	مرعج (cp) يسعى إلى الحصول على الانتباه (cp) لا يتحمل المسئولية (cp) غير مطيع (cp)	يحب النظام	مطيع بدرجة كبيرة (a)	يقاوم التغيير (sed) موسوس (a) فكره ملزم
سلوكه نمطي أو شاذ (sed) اهتماماته غريبة (sed)	قلق (pp) منهمك (منشغل) (pp)	مستكشف	يقحم نفسه في الانشطة بشكل متهور (a)	يحاول أن يفعل كل شيء حالاً (a)

تابع مربع رقم (٣-٢)

	لا يعرف كيف يسمع (pp) يتصرف كالكبار (pp) خجول (pp)			
ينشغل بالاشياء التافهة (sed) يعزل نفسه بشكل مفرط (sed) عدم القدرة على الارتباط بالاخرين (sed)	منسحب اجتماعاً (pp) منفر (a) متحفظ (pp) يفضل اللعب مع الصغار (ii) يتصرف كقائد (cp) لا يحفظ سراً (pp) المشاجرة والاقتتال (cp) حاد المزاج (cp)	اجتماعي	حساسية مفرطة (pp) حقود (cp) اعتمادي بدرجة كبيرة (a)	عدم القدرة على القيام بالمهام بمفرده (a)
متبلد الذهن ، غير سوي نمو عقلي متدني (sed)	يفتقد مهارات العناية بالذات (a) يفتقد المهارات المدرسة الأساسية (a) كسول في المدرسة (ii) يكره المدرسة (cp) يفتقد المهارات المهنية (a)	متقن	منهمك في الموضوعات الأكاديمية (a)	لديه قدرات عقلية مرتفعة (a)

المفتاح :

مشكلة أخلاقية — cp = Conduct problem (Quay , 1972).

عدم الكفاية – عدم النضج — ii = Inadequacy Immaturity (Qray , 1972).

مشكلة شخصية — pp = Personality problem (Quay ,'1972).

اضطراب انفعالي شديد — sed = Severely emotinally disturbed (Gap , 1966 , Eisenbery and Ranner , 1956 .

يجب أن تعترف بأنه لا توجد إرشادات عالمية توجه إجراءات التعرف الصحيحة ، وبالتالي يجب أن تؤكد عملية التقييم على أن اتخاذ أي قرار بالأهلية يجب أن يؤخذ بدقة وبعد تفكير عميق؛ حيث يجب البحث عن المعلومات من خلال مصادر متنوعة تمثل تقييما متعدد الجوانب للطلاب وذلك في إطار بيئاتهم .

فالتسميات التي تطلق على الطلاب مثل الاضطراب الانفعالي الشديد ، والاضطراب السلوكي هي وصم بالإعاقة، وترتبط في ذهن الكثير من الناس بمصطلحات سالبه من مثل مجنون ؛ ومريض عقليا ، ومنحرف ، أو سيء . وحتى المعلمون ينظرون لمسميات المضطرب سلوكيا وخصوصا الاضطراب الانفعالي بشكل أكثر سلبية بالمقارنة مع معظم حالات الإعاقة الأخرى (وود Wood ، ١٩٨٥) . وتؤدي هذه التسميات السالبة إلى تنبؤات سالبه لأداء الطالب، وبالتالي فإذا ما أطلقت عليه فيصعب عندئذ محوها حيث يستمر أثرها في نظرة الآخرين للطفل ، حتى بعد التخلص منها . ومع أن تسميات الإعاقة قد تقدم وصفا سريعا يقود إلى أهلية تلقي الخدمات إلا أنها قد تستخدم أيضا بطريقة غير مناسبة لتفسير السلوك ، وتصم الطفل الذي أطلقت عليه ، ولا تؤدي إلى أي معالجة لمشكلاته .

نسبة شيوع الطلاب المضطربين سلوكيا

بالرغم من احتمال حدوث التشخيص الإيجابي الخاطئ ، إلا أنه لا يوجد تحديد دقيق للطلاب المضطربين سلوكيا . والتقدير التقليدي لنسبة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الشديدة هو ٢% من مجموع طلاب المدارس ، مع أن أعدادا كبيره من الطلاب قد اعتبرت من قبل معلميهم بأنهم يظهرون مشكلات سلوكية وانفعالية بسيطة ومؤقتة (جليدول وسوالو، Glidewell and Swallaw ، ١٩٦٩) .

وبناء على المعلومات التي تم جمعها في دراسة طويلة عن عينة كبيرة من الأطفال ، وجد روبن وبالو Robin and Balow ، (١٩٧٨) بأنه يوجد في أي عمـر ما بين ٢١ إلى ٣١% اعتبروا من قبل معلميهم بأنهم يظــهرون مشــكلات فــي السلوك و / أو الاتجاه , وأن حوالي ٦٠% من الأطفال في دراستهم اعتبروا بـأن لديهم مشكلات من قبل معلم واحد على الاقل خلال المرحلة الابتدائيــة . واعتــبر ٧,٤% فقط من الطلاب أن لديهم مشكلات من قبل ثلاثة من المعلمين ، وأن ٣% فقط اعتبروا بأن لديهم مشكلات من قبل جميع معلميهم في المرحلة الابتدائية .

وفي هذه الدراسة وغيرها من الدراسات (كيلي وآخرون Kelly and te al ، ١٩٧٧ ؛ سبيفاك وآخرون Spivack , and et al ، ١٩٧٧) اعتبر أن أكــثر مــن ٢٠% من الطلاب لديهم مشكلة ما من قبل معلميهم في الفصول العادية فــي أي عام دراسي . ومن ضمن هذه النسبة (٢٠% في دراسة كيلي وآخرون) ، اعتبر المعلمون، ٢% من الطلاب فقط مضطربين بدرجة شديدة ، وان ٥% مضطربيـن بدرجة متوسطة أما النسبة المتبقية فنظرا لأنها تظهر مشكلات سلوكية بســـيطة يمكن التعامل معها في غرفة الصف العادي .

إن مراجعة الدراسات التي تناولت نسبة الشيوع توصلت إلى أن ١,٥% إلى ٢% فقط من الأطفال في عمر المدرسة أظهروا اضطرابات شديدة ومزمنه بدرجة كافية لتقديم خدمات التربية الخاصة (وود وزابل Wood and Zabel ، ١٩٧٨.) ومع أن هذه النسبة تتطابق مع التقديرات التقليدية ، إلا أن نسبة الأطفال الذيـــن تــم التعرف عليهم رسميا على المستوى الوطني بأن لديهم اضطرابا انفعاليا شــديدا لا تصل ١% (سميث -دافيس وأخرون Smith - Davis , and et al ، ١٩٤٨) .

وقد ذهب البعض إلى أن التعرف على اقل من نصف العدد المقـــدر يمثـل مشكلة خطيرة لكثير من الأطفال المضطربيـــن ســلوكيا (كوفمـان Kauffman ، ١٩٨٤ ؛ جروسنيك وهونتزو Grosnick and Huntzw ، ١٩٨٠) وهناك مصداقيــة في هذا الطرح ، مع أن بعض الطلاب من المحتمل أنه قد تـــم التعــرف عليـــهم ويتلقون خدمات التربية الخاصة تحت مسمى أخر ، وبشكل خاص صعوبات التعلم Learning Disabilities (L.D) . حيث يتضح من النقاش التفصيلي الـــوارد فـــي الفصل السابع صعوبة التفريق أحيانا بين الصعوبات السلوكية والتعليمية . فكثـير من الطلاب يظهرون كلا النوعين من المشكلات ، مما يجعل تصنيف الطفـــل ذي صعوبة تعلم ولديه اضطرابات سلوكية ، أو مضطربا سلوكيا ولديه صعوبة تعلـــم مشكله كبيرة ودائمة .

الاضطرابات السلوكية كإعاقة تربوية

هناك بعض الأسئلة حول المتطلبات القانونية لتقديم خدمات التربية الخاصة للطلاب الذين يعانون من اضطرابات انفعالية خطيرة والتي كما وردت في تعريـف الحكومة الاتحادية لا تؤثر عكسيا في الأداء التربوي . فالقانون العام ٩٤/١٤٢ ، والقرارات الداعمة له ، وكذلك إرشادات الإدارة التربوية للولايــات المتحــدة لــم توضح حتى الآن هذه النقطة . وقد أشار فرانك وود Frank wood ، (١٩٨٩) بأن مسئولية المعلم الأساسية نحو الطلاب الذين يعانون من اضطرابات سلوكية يجب أن تتمثل في التدخلات العلاجية التربوية . وأن خبراء آخرين من خارج المدرسـة ومن المصادر المتواجدة يجب أن يقدموا خدمات للأطفـــال الذيــن يعــانون مــن اضطرابات انفعالية وسلوكية والتي لا تؤثر في أدائهم التربوي .

ويتفق المؤلفون على أن المدارس لا يجب أن - ولا تستطيع فعلا - تتحمل كامل المسئولية لمعالجة جميع الأطفال ممن لديهم اضطرابات في الشخصية أو السلوك ، ونعتقد أيضا أن الاهتمام بالتقدم التربوي يجب أن لا ينحصر فقط بالأداء الأكاديمي . ويلعب معلمو التربية الخاصة بالتأكيد دورا مركزيا في تقييم وعلاج مشكلات التعلم الأكاديمية ، ولكن التربية أكثر من مجرد التحصيل فقط . فالمدارس لا تعلم فقط المهارات الأكاديمية للأطفال ، ولكنها تعد الأطفال أيضا ليكونوا مواطنين صالحين . فتنمية الحس الاجتماعي لدى الأطفال ، بما في ذلك تعليمهم وتدريبهم على المهارات الشخصية والاجتماعية ليكونوا مواطنين صالحين هو دور مركزي للتربية العامة . ومن هنا فان علاج المهارات الشخصية والاجتماعية لدى الطلاب الذين يظهرون مشكلات في هذه المجالات يعتبر وظيفة قانونية وضرورية للمدارس .

عملية التقييم

نموذج أيوا للتقييم

هناك نماذج عدة لاتخاذ القرار بخصوص الأطفال المعوقين . ولقد نشرت إدارة ايوا للتعليم العام دليلا للتدريب أعد خصيصا لتقييم الطلاب الذي يظهرون مشكلات انفعالية وسلوكيه خطيرة (وود وأخرون Wood and et al ، ١٩٨٥) ويوضح الدليل الإجراءات التي تسهم في التجميع الفعال لمعلومات غير متحيزة وذلك للمساعدة في اتخاذ القرار . ويشمل أيضا مراجعات لإجراءات وأدوات

محددة، ويؤكد نموذج أيوا لتقييم الاضطراب السلوكي على تحديد مسبق لأسئلة معينة يسعى التقييم للإجابة عليها وإلى الإجراءات والأدوات التي من المرجح أن تقدم تلك الإجابات، والنموذج ليس مبنيا على توجه نظري معين أو برنامج علاجي محدد ، ولهذه الأسباب يقدم نموذجا للتقييم يمكن أن يعدل ليناسب مواقف وأوضاع متعددة .

- ويتضمن نموذج ايوا المراحل الخمسة المتسلسلة التالية لاتخاذ القرار :

١- تقييم تكيف الطالب في الفصل والبيت .

٢- أنشطة ما قبل التحويل .

٣- التحويل للتحقق من الأهلية لخدمات التربية الخاصة .

٤- التحويل بهدف وضع الطالب في المكان التربوي المناسب لتلقي خدمات التربية الخاصة .

٥- تنفيذ الخطة التربوية الخاصة .

وتختلف كل مرحلة عن المراحل الأخرى ، حيث يوجد محك لكل من المدخلات والمخرجات والأسئلة التي يجاب عليها قبل الانتقال للخطوة التالية .

تكيف الطالب في الفصل والمنزل

تشمل الخطوة الأولى إجراءات التقييم غير الرسمية المتوافرة لمعلمي الفصول ، والوالدين، والأشخاص الكبار الذين يتأثرون بفشل الطالب وذلك للتعرف على ما أحرزه من تقدم كاف في المدرسة . وبناء على الملاحظة غير الرسمية

ومقاييس الأداء الأكاديمي قد يحكم المعلم على سلوك الطالب أو أدائه الأكاديمي بأنه يتعارض مع سلوك وأداء الطلاب الآخرين في الفصل . فعلى سبيل المثال ، قد يلاحظ المعلم بأن الطالب يبدأ بشكل بطيء ، ونادرا ما ينجز الواجبات المدرسية ، ويمضي وقتا طويلا في أحلام اليقظة ، ويتشتت بسرعة أثناء أداء المهمة التي بين يديه ، ويزعج الطلاب الآخرين ويطرح أفكارا غير عادية ، ويبدو على غير العادة مختلفا ومكتئبا ، أو يتكلم باستمرار ويترك معقدة دون إذن.

وحين لا تتطابق السلوكيات مع توقعات المعلم ، فيجب اللجوء إلى أساليب تدخل متعددة للتعامل معها . فعلى سبيل المثال ؛ قد يحاول المعلم تحديد أسباب الصعوبات الأكاديمية ، وتدريس المهارات المفقودة ، ويعمل على تعديل مواد المنهج وتوقعات الأداء . وقد يلجأ العلم إلى استخدام عبارات التأنيب لفظيا ، أو يوقف تقديم الامتيازات والمعززات حين لا يتطابق سلوك الطالب مع التوقعات السلوكية . وقد يلجأ المعلم إلى التشجيع والتعزيز الإيجابي عند بذل جهد افضل وعند الأداء المناسب . وقد يتحدث المعلم مع الطالب حول السلوكيات الملاحظة، ومن ثم قد يتصل مع الوالدين ليرى ما إذا كانوا واعين لها أو إذا كان لديهم تفسيرا للسلوك، ومن ثم يقدم لهم الدعم والتوجيه المناسب للتعامل معها .

ومن المرجح أن يلاحظ الوالدان مشكلات الطفل السلوكية والانفعالية واتجاهاته، ويقدمون التشجيع ، والحوافز والعقاب والمساعدة في تعديل المشكلات . وقد يتواصلون مع المعلمين والتربويين الآخرين في المدرسة ويطلبون الاستشارة ، وقد يطلبون المشورة من مصادر المجتمع من مثل الأقارب ، والأصدقاء ، ووكالات الخدمة الاجتماعية والصحة النفسية . وإذا ما ظهر بأن، إجراءات التكيف التي تتم في غرفة الدراسة والبيت كانت فاعلة بسبب استجابات الطفل المناسبة للتعديلات ، فقد لا تكون هناك حاجة لاتخاذ إجراءات أخرى .

أنشطة ما قبل التحويل

إذا لم تحقق إجراءات التكيف غير الرسمية التي أشير إليها النجاح الكافي، عندئذ ينتقل التقييم إلى الخطوة الثانية والمتمثلة بأنشطة ما قبل التحويل . ويكمن الهدف الأساسي لهذه المرحلة في تجنب تحويل الطالب بشكل متسرع للتقييم الرسمي . وقد أوضح الجوزاين وآخرون Algozzine and et al (١٩٨٢) . بأن نسبة كبيرة جدا (حوالي ٩٢%) من الطلاب المحولين قد تم فحصهم ، وأن ٧٣% منهم وصموا بإحدى الإعاقات وتلقوا خدمات خاصة ، ويعتقد الجوزاين وزملاؤه انه وبعد تحويل الطالب فإن معلومات التقييم غالبا ما تستخدم انتقائيا لتأكيد أو دعم معطيات التحويل بدلا من فحصها وتشكيلها . فإذا أخذنا بالاعتبار الآثار السالبة للوصم بمسميات الاضطرابات الانفعالية (ED) والاضطرابات السلوكية (BD) فلابد أن تبذل الجهود لمواجهة هذه المشكلات في مرحلة ما قبل التحويل .

وبالإضافة إلى المعلمين والآباء المهتمين بمشاكل أطفالهم ، فهناك أشخاص آخرين يشاركون في مرحلة ما قبل التحويل كإدارة المدرسة ، والمرشد، والاختصاصي الاجتماعي، والاختصاصي النفسي المدرسي . ويتحمل معلم الفصل العادي في هذه المرحلة مسئولية أساسية في جمع المعلومات ، وفي تخطيط وتنفيذ التدخلات العلاجية ، وفي تقييمها . وبالإضافة إلى ذلك ، هناك فريق دعم قد يساعد المعلم في تصميم إجراءات التقييم غير الرسمية والإجراءات العلاجية إلى جانب أولئك المتواجدين والمستخدمين في غرفة الفصل . وقد شكلت مدارس كثيرة فريق ما قبل التحويل Prereferral teams لتقديم الإستشاره والمساعدة لمعلمي الفصول العاديه الذين قد يتجنبون إظهار الحاجة للتحويل . وأحيانا ، فإن معلمي غرفة المصادر والمعلمين الاستشاريين للطلاب المضطربين سلوكيا

والأطفال الآخرين من ذوي الاحتياجات الخاصة قد يشاركون في هذا الفريق ، ويقدمون مقترحاتهم ومساعدتهم لمعلمي الفصل العادي .

وفي مرحلة ما قبل التحويل ، يدرس الفريق المؤثرات المتواجدة في بيئة الطالب والتي من شأنها تعزيز وزيادة السلوك المضطرب أو التقليل منه، وقد يقدمون مقترحات لمراقبة السلوك المشكل ، وذلك بهدف تعديل أساليب التدريس وأساليب إدارة السلوك ، ويساعدون أحيانا في تنفيذ ومراقبة تلك الجهود . وتشتمل إجراءات مرحلة ما قبل التحويل – ولكنها ليست محدودة بها – على تعديلات للمواد التعليمية؛ وأساليب التدريس، وأوجه الحالة الاجتماعية والجسمية. وتمثل الإجراءات التالية أمثله على أنشطة محتملة لمرحلة ما قبل التحويل :

- تغيير تنظيم المقاعد في الغرفة
- نقل الطالب من مجموعة أكاديمية إلي مجموعة أخرى
- تعديل مستوى العمل الأكاديمي
- تقديم مهام أكاديمية يسهل النجاح فيها
- تنظيم عملية مساعدات الأقران Peer tutoring في المجالات الأكاديمية الصعبة
- زيادة مساعدة الفرد من قبل المعلمين
- إيجاد نظام تعزيز للأداء المرغوب
- تجاهل السلوك المشكل .

- تقديم نظم متقدمة للواجبات المدرسية والتغذية الراجعة العادية للأداء
- الحصول على دعم من بقية طلاب الفصل لحل المشكلة السلوكية
- توظيف اجتماعات الفصل لتحقيق تربية فاعلة ولتدريب المهارات الاجتماعية التي من شأنها مواجهة المشكلات موضع الاهتمام
- الترتيب لعقد جلسات إرشادية فرديه أو جماعيه مع مرشد المدرسة، والاختصاصي الاجتماعي أو والاختصاصي النفسي
- الاجتماع مع الأهل للحصول على دعمهم ومتابعتهم للإجراءات العلاجية المقدمة في المدرسة
- التعاقد مع الطلاب وأسرهم لاداء السلوك المناسب
- إعداد بطاقات لتسجيل التواصل اليومي بين المنزل والمدرسة .
- مساعدة الأسر في التعرف على مصادر الخدمات والحصول على المشورة والخدمات الاجتماعية الأخرى ضمن المجتمع

وتشمل إجراءات التدخل في مرحلة ما قبل التحويل تعديلات لها آثارا مفيدة على سلوك الطالب ضمن غرفة الفصل العادي. وهي إجراءات علاجية يمكن أن تستخدم في إطار خدمات عادية تقدم في الفصول العادية من قبل المعلمين والعاملين الآخرين في المدرسة، والوالدين . وفي أي تحليل أساليب التدخل العلاجية في مرحلة ما قبل التحويل يقدم من قبل معلمي الطلاب الذين يظهرون مشكلات سلوكية، وجد سيفك ويسلديك Sevik and Ysseldyke (١٩٨٦) بأن التدخلات السلوكية تستحوذ على معظم جهودهم . إذ استخدمت ٣٦% من تلك

التقارير تعزيزا إيجابيًا، و ٣٢% وتضمنت أشكالا مختلفة من العقاب، في حين كانت النسبة المتبقية غير محدده (مثل قوائم شطب، ورسوم بيانية للسلوك) أو استخدمت حوادث لاحقة طبيعية .

التحويل لخدمات التربية الخاصة – أهلية الطالب للخدمات

إذا لم تكن أنشطة ما قبل التحول كافية لتحقيق فوائد تربوية مفيدة للطلب، فإن الخطوة التالية سوف تتضمن تحويله إلى خدمات التربية الخاصة . فقليل من المدارس تستخدم إجراءات مسح رسمية بشكل دوري؛ وذلك بسبب أن الاضطرابات السلوكية يجب أن تكون واضحة ومزمنة بدرجة كافية لتعتبر دليلا على وجود نمط من العلاقة المضطربة المتبادلة بين الفرد والبيئة . وعادة ما يقوم معلم الفصل العادي وبالتنسيق مع إدارة المدرسة وفريق ما قبل التحويل بمباشرة إجراءات التحويل . وفي بعض الأحيان يأتي التحويل من مصادر أخرى مثل الوالدين ، والطلاب أنفسهم ، والاختصاصيين النفسيين ، والأطباء النفسيين ، أو الأطباء ، أو الاختصاصيين الاجتماعيين، أو غيرهم من المهنيين الآخرين الذين يقدمون الخدمة للطالب .

ومن واجب المدرسة أن تضع إجراءات التحويل ، والتي تشتمل على نماذج مناسبة تعبا من يقومون بالتحويل . ومع أن تلك النماذج قد تختلف في أشكالها من منطقة لأخرى ، إلا أنها يجب أن تشتمل على أنماط متشابهة من المعلومات . وتتمثل هذه المعلومات في :

١-أسئلة حول أداء الطالب الأكاديمي والاجتماعي في برنامج الصف العادي .

٢-توثيق طبيعة المشكلات والمدى الذي وصلت إليه .

٣- وصف إجراءات التدخل التي استخدمت في مرحلة ما قبل التحويل وتقييم فعاليتها . ويتضمن الملحق رقم (١) مثالا لنموذج تحويل الحالات .

التقييم من قبل فريق متعدد التخصصات

يتطلب التحويل الرسمي لإجراء تقييم شامل إرسال إشعار مكتوب إلى أولياء أمر الطالب والحصول على موافقتهم على القيام بالتقييم التربوي له . ويجب التأكيد مرة أخرى على أهمية أن توفر إدارات التعليم إجراءات ونماذج رسمية تستخدم لهذا الغرض . إذ تسعى القوانين الحكومية وتعليمات الولاية إلى حماية الأطفال من أن تستخدم معهم إجراءات تعرف غير مضمونة أو مناسبة . فقد يكون الطلاب الذين ينتمون لأسر ذات مستويات اقتصادية واجتماعية منخفضة وكذلك الطلاب الذين ينتمون لمجموعات عرقية . وثقافية أكثر تعرضا للوصم بمسميات من مثل الاضطرابات الانفعالية الخطيرة (SED) والاضطرابات السلوكية (BD) (وود Wood ، ١٩٨١) وبالتالي يصبح تحديد وقت للتقييم بعد التحويل (خلال ٦٠يوما) ، وكذلك العمل على تحديد الوضع التربوي Placement بعد التعرف أمرا ملزما . ويجب أن تتخذ قرارات الأهلية بناء على تقييم غير متحيز وفي ضوء تقييم فريق متعدد التخصصات . أما الأطفال الذين لا يتقنون اللغة (لغتهم الإنجليزية محدودة) فيجب أن يقيموا من قبل شخص يستطيع أن يتحدث

بلغتهم الأم . وقد توفرت إجراءات حماية إضافية من خلال الحقوق التي ضمنها القانون Due process rights والتي أكدت على ضرورة إعلام الطلاب وأسرهم بحقوقهم ، والحصول على موافقتهم على التقييم، والمشاركة في اتخاذ القرار ، ومناقشة القرارات التربوية التي لا يوافقون عليها .

ولكن لسوء الحظ ، يبدو أن الممارسات التربوية لا تتطابق دائما مع ما نص عليه القانون . ولقد قامت الإدارة التربوية في الولايات المتحدة الأمريكية حديثا بالتحقيق في إجراءات التحويل والتعرف في أحد الإدارات الكبيرة وأظهر التحقيق بعض القضايا المثيرة للجدل والخلاف (انظر المربع رقم ٣-٣) .

مربع رقم (٣-٣) الاتهامات الموجهة لممارسات التقييم غير المناسبة

لقد أوردت مقالة التربيون بشيكاغو Chicago Tribune بأن مكتب الحقوق المدنية للإدارة التربوية في الولايات المتحدة قد وجه اتهاما لنظام المدارس العامة بشيكاغو باتخاذ ممارسات غير كافية لتقييم الطلاب المحولين للتربية الخاصة . ومن بين التهم : ١- تأخر كبير في تقييم ووضع الأطفال في برامج التربية الخاصة . ٢- نقص شديد في أعداد المعلمين المدربين ، والاختصاصيين النفسين، وتوفير الموظفين للعمل بشكل خاص مع الأطفال الذين لا يتكلمون الإنجليزية . ٣- فقد الوثائق من مثل نماذج موافقة الوالدين ، وتقييم الاختصاصيين النفسيين . والتقارير الطبية ، وتقييم اللغة والملاحظات الصفية . ٤- والفشل في الحصول على موافقة الوالدين قبل فحص الأطفال والفشل في إشراكهم في اجتماعات تحديد المكان التربوي .

ووفقا لمراجعة عشوائية لملفات المقاطعة ، فقد تبين أن ٧٧% منها كانت غير مكتملة، و٧٣% من الطلاب المحولين انتظروا فترة أطول من المدة المحددة في القانون وهي ستين يوما لإكمال إجراءات التقييم، وأن ثلث الملفات لم تتضمن ما يثبت استشارة الوالدين .

واستجابة لهذه التهم، أوضح ممثلو المدارس في المقاطعة أن النقص الحاد في أعداد العاملين كان السبب الأساسي لمعظم المشكلات . وأن تفسير سبب فقد بعض الوثائق يكمن في التنظيم الابتكاري Creative organizing الذي يقوم بموجبه كل عضو من أعضاء فريق التقييم بالاحتفاظ بسجلاته الخاصة .

فإذا وافق الوالدان على أن يقيم طفلهم للتحقق من مدى أهليته للتربية الخاصة، عندئذ يجب القيام بتقييم للطفل من قبل فريق تقييم متعدد التخصصات . ويتكون الفريق من إختصاصيين (من مثل الإدارة التربوية الخاصة والعادية ، والاختصاصي النفسي المدرسي ، والاختصاصي الاجتماعي، والممرضة ، واستشاري التربية الخاصة ، ومعلم الاضطرابات السلوكية) ويتم التنسيق بينهم من قبل منسق من أعضاء الفريق . وتتعاقد بعض الإدارات المدرسية للحصول على تقييم متخصص من قبل الأطباء النفسيين ، واختصاصي الأعصاب، والاختصاصي النفسي الإكلينيكي ممن يعملون خارج المدرسة .

ويجب اختيار طرق التقييم التي توفر الاستفادة من وجهات نظر الخبراء المتخصصين والتي من شأنها أن تقلل التحيز إلى أدنى مستوى . فحين تكون الاختبارات والمقاييس المستخدمة قد قننت على عينة تختلف عن الطالب المحول، فإن النتائج يجب أن تؤخذ بحذر ويتم تمحيصها بدقة . فعلى سبيل المثال ، إن إجراءات التقنين التي تعتمد على الطلاقة في ممارسة اللغة الإنجليزية وتتضمن عبارات متحيزة ثقافيا، يجب أن تستخدم وتفسر في ضوء فهمنا لمحدداتها ولتحيزها . فعند اختيار طريقة التقييم وعند تفسير نتائج مقاييس التشخيص، يجب أن يتساءل فريق التقييم عن مناسبة مدى ملاءمة المستخدمة للطفل والحالة موضع الاهتمام . ويجب أن نراعي دوما - في الإجراءات التي نستخدمها- دراسة الطفل في إطار بيئته وذلك بمقارنة الطالب مع الآخرين ضمن الأوضاع المماثلة .

إن جميع أنماط التقييم هي في الأساس أنواع رسمية لملاحظة السلوك، ولكي تكون مفيدة للتشخيص أو التقييم المستمر لتغير السلوك، فيجب أن تكون مقاييس هادفة وثابتة لقياس السلوك موضع الاهتمام . ويرجع الصدق Validity

إلى أي مدى تقيس أداة التقييم ما وضعت لقياسه (سوران وريزو Suran and Rizzo ، ١٩٨٥) وهكذا يعكس الصدق مدى ارتباط وفائدة المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال إجراء تقييم محدد . أما الثبات Reliability فيرجع إلى دقة واتساق القياس في إعطاء نفس النتائج . ويعتبر اتفاق نتائج التقييم مع مرور الوقت ومن خلال ملاحظات متعددة مؤشرا على الثبات .

أنماط التقييم

تعتمد طبيعة التقييم الشامل على الاهتمام الذي نوليه لعملية التحويل. ويجري منسق فريق التقييم عادة اتصالا مسبقا مع القائم بالتحويل ويراجع السجلات المتوفرة عن الطالب لتصميم خطة تقييم مناسبة . ولا يفترض أن يستخدم كل تقييم للتحقق من أهلية للطالب للخدمة نفس أنماط المعلومات . ومن ضمن أنماط معلومات التقييم التي يتم جمعها عادة التقارير النفسية (وتشمل المقابلات الكلينيكية . وتفسير الأساليب الإسقاطية) ومعلومات على الشخصية ومفهوم الذات ونتائج اختبارات الذكاء والتحصيل الأكاديمي . والتي يقوم بها عادة الاختصاصي النفسي المدرسي والكلينيكي ممن لديه تدريب متخصص في تطبيقها وتفسير نتائجها . وبالإضافة إلى ذلك قد يتم جمع معلومات عن الحالة الصحية للتلميذ والأسرة من قبل الاختصاصي النفسي والاجتماعي وغيرهم من الأشخاص . أما تقديرات السلوك والمقابلات فقد يتم الحصول عليها من المعلمين والوالدين ، وفي بعض الحالات من الطالب المحول وأقرانه؛ وذلك للمساعدة في التعرف على أنماط المشكلات الملاحظة والمدى الذي تنحرف فيه عن المعايير . وقد يقدم استشاري التربية الخاصة ومعلمو غرفة المصادر معلومات من خلال الملاحظات المباشرة للطالب في المكان التربوي الحالي له .

إن جميع أنماط هذه المعلومات ليست متوفرة دائما، وليست متساوية في فائدتها في التعرف على حاجات الطالب التربوية . ففي دراسة أجريت عام ١٩٨٠ هدفت إلى التعرف على مدى توافر وفائدة معلومات التقييم (زابل وآخرون Zabel et al ، ١٩٨٢) ، اتضح أن بعض أنماط المعلومات اعتبرت أكثر فائدة من البعض الآخر وذلك من قبل معلمي الطلاب المضطربين سلوكيا، ومن بين تلك المعلومات عبارات تصف التدخلات العلاجية التي سبق استخدامها ، ومقاييس تقدير السلوك والمعلومات التي تم جمعها من خلال ملاحظة السلوك . ولكن لسوء الحظ ، فقد ذكرت أيضا ضمن أقل أنماط المعلومات المتوافرة . ويظهر أنها لم تكن ضمن أنواع المعلومات التي يتم جمعها دوريا من قبل اختصاصي المدرسة النفسيين . وعلى النقيض من ذلك اعتبرت عدة أنماط من المعلومات المتوافرة (من مثل درجات وتقارير حول نسب الذكاء ، درجات اختبار تحصيل مقنن، اختبارات مسحية للأبصار ، والسمع واللغة) ضمن أنماط المعلومات الأقل منفعة . وقد أشارت دراسة أخرى مشابهة للدراسة السابقة قام (زابل وزملاؤه Zabel et al) بإجرائها بعد خمس سنوات بحصول بعض التقدم؛ وبأن بعض أكثر أنماط المعلومات منفعة أصبحت أكثر توافرا . فقد ازداد مثلا عدد المعلمين الذين ذكروا بأن المعلومات المترتبة على ملاحظة السلوك بشكل رسمي والتي عادة ما تكون متوافرة من ٤٥,٨% في الدراسة الأولى إلى ٦٦,٥% في الدراسة الثانية , ويتضمن المربع رقم (٣-٤) قائمة من ثلاثة عشر نمطا من أنماط معلومات التقييم التي ذكر المعلمون توافرها في الدراسة الحديثة .

مربع رقم (٤-٣) توافر أنماط معلومات التقييم

نمط المعلومات	النسبة المئوية للتوافر
تقييم الذكاء (نسبة الذكاء)	٩٣,٨
تقييم تحصيل مقنن	٩١,٣
مسح الجوانب البصرية والسمعية واللغوية .	٩٠,٢
التاريخ الصحي	٨٧,٣
الأحكام الأكلينيكية والاختبارات الاسقاطية .. الخ	٧٥,٠
تقدير السلوك من قبل العاملين في المدرسة	٧٢,٧
عبارة تصف الأساليب العلاجية التي سبق استخدامها	٦٨,٣
معلومات من خلال ملاحظة السلوك بشكل رسمي	٦٦,٥
تقييم أكاديمي وفق محكات مرجعية (اختبارات غير رسمية)	٥٩,٢
وصف توقعات ومتطلبات الصف العادي	٥٣,٧
تقدير السلوك من قبل الأسرة	٣٤,٦
معلومات حول العلاقات الاجتماعية	٣٢,٥

اتخاذ قرارات بأهلية الطالب لخدمات التربية الخاصة

بالاعتماد على أنماط المعلومات التي سبق ذكرها، يقرر فريق التقييم بالإضافة إلى والدي الطالب أو ولي الأمر ما إذا كان مستفيدا من وجوده في المكان التربوي الحالي . فإذا أجمع أعضاء الفريق بأن ذلك غير متحقق، فسوف يكون الطالب مؤهلا لخدمات التربية الخاصة . أما إذا تقرر بأنه ينتفع من البديل التربوي الحالي، ولكنه يعيق ويزعج البيئة الاجتماعية والتعليمية لأقرانه الآخرين فتكون أهليته مشروطة لخدمات التربية الخاصة .

وبخصوص الحالة الأخيرة ، اقـترح وود أن أي خدمـات تقـدم لتخفيـف الإزعاج الناتج عن الطالب أو الآخرين ، يجب أن تسمح باسـتمرار أداء تربـوي مساو أو أكبر مما يلاحظ في الوضع الحالي (وود Wood ، ١٩٨٥). ويسـتدعي هذا الشرط عدم نقل الطلاب من البرامج العاديـة لخفـض الإزعـاج ومضايقـة الآخرين . ومن المؤكد أن جميع الطلاب لهم الحـق فـي أن لا تتـأثر خبراتـهم وفرصهم التعليمية بإزعاج الآخرين لهم . وقد ذهب كوفمـان Kauffman (١٩٨٤) إلى أن الحماية الممنوحة لتلاميذ المزعجين (المضطربين) غالبـا مـا تعطـى الأولوية على الطلاب الذين يتأثر تعلمهم بذلك .

التحويل لخدمات التربية الخاصة – البديل الترَبوي

في بعض الأحيان تكون خطوات تحديد الأهلية Eligibiliry والبديل الـتربوي plecement ضبابيه وغير واضحة . ومع أن التعرف علـى الطـالب المضطـرب سلوكيا يمكن أن يؤدي إلى تحديد البديل التربوي، إلا أن نموذج تقييم أيوا يحـاول أن يفصل بين خطوات اتخاذ القرار هذه . فبعد أن يقرر فريق التقييم ما إذا كـان الطالب مؤهلا لخدمات التربية الخاصة ، يواجه عندئذ بتحديـد البديـل الـتربوي المناسب .

لقد تمت النظرة إلى البدائل التربوية في هرم البدائل التربوية لدينو Deno ، (١٩٧٠) ورينولدز Reynolds ، (١٩٦٢) على أنها أوضاع مكانية مختلفة تعـرف في ضوء مدى تقييدها أو بعدها عن الدمج . ومع ذلك فمن الافضل أن ينظر إلـى الخيارات التربوية على أنها مستويات لكثافة أو شدة Intensity الخدمة (بتسـون وآخـرون Petecson at al ، ١٩٨٣ ؛ رينولـدز وبـيرتش Reynolds and Birch ،

١٩٨٢) . إذ يحتاج بعض الطلاب إلى خدمات مكثفة , ومتخصصة ، ومستمرة أكثر من البعض الآخر . ويجب أن تحدد كثافة الخدمات وفقا لشدة إعاقة الطالب . وهكذا فإن بعض البدائل التربوية قد تستدعي نقل الطالب من مكان إلى آخر، والبعض الآخر قد يتضمن تقديم خدمات أكثر تخصصا ، من مثل استشارة المعلم لادارة السلوك ، وتقديم استشارة للطالب؛ وغير ذلك من الخدمات الداعمة التي لا تستدعي تغييرا في وضع الطفل الحالي للفصل أو المدرسة . وتمثل نوع الخدمات التي سوف تقدم منافع تربوية للطالب الذي تم التعرف عليه كمضطرب سلوكي الاهتمام الأساسي لفريق التقييم وذلك عند اتخاذ القرارات الخاصة بتحديد البديل التربوي المناسب له . ولقد حدد القانون العام ٩٤-١٤٢ والقوانين الداعمة له ضرورة أن يكون البديل التربوي مناسبا لحاجات الطالب الخاصة . مع أن أي من تلك القوانين أو أي من قرارات المحاكم لم تحدد حتى اليوم كيف يجب أن تكون تلك البدائل مناسبة . فهل تعنى الخدمة المناسبة الخدمة الافضل أو مجرد أن تكون كافية لتوفير بعض المنافع التربوية ؟ وهل يقع ضمن مسئولية المدارس تقديم خدمات مثل العلاج الفردي ، إذا اعتقدت بأن ذلك له منافع تربوية ؟ وهل تقدم المدرسة برنامج الفصل الخاص في حالة ما إذا كان هناك طالبا واحدا فقط سوف ينتفع منه ؟

وقد نص قرار المحكمة العليا في الولايات المتحدة (منصة المحمة التربوية ف. رولي Board of Education V.Rowley ، ١٩٨٢) على أن تعليم المعوقين سمعيا يتطلب من الولايات أن توفر تدريسا متخصصا وخدمات مساندة للطلاب الذين يصنفون على أن لديهم إعاقة سمعية . ولكن قرار رولي Rowely لم يتحدث مباشرة عن الطلاب المضطربين انفعاليا بدرجة شديدة (SED) ولم يشير إلى أن تلك الخدمات يجب أن تكون الأفضل ، ولكنه أشار ببساطة إلى ضرورة أن تقدم لهم فرص تعليميه مناسبة (وود Wood ، ١٩٨٥) .

ومع أن القوانين لم تشترط توفير البدائل التربويـــة الأفضـــل (الأمثـــل) للطلاب المضطربين انفعاليا بدرجة شديدة . إلا أن المؤلفين يعتقـــدان بـــأن مـــن واجب التربويين إعداد وتنفيذ برامج من شأنها أن توفر أفضل خدمة لطلابـــهم . وغالبا ما تتخذ قرارات تحديد البديل التربوي على أساس ما هو متوافر أكثر مـــن اعتمادها على ما هو مناسب لحاجات الطالب الفردية . وبرغم أننا ندرك محدودية المصادر . إلا أننا يجب أن لا نكتفي بتوفير خدمات متواضعة وذلك بتحقيق مقاصد القانون وأهدافه وليس بمجرد اتباع نصوصه الظاهرة .

اشتراك المعلمين

من الأهمية بمكان عند نقل الطلاب من بديل تربوي إلى آخـــر أن يشـــارك المعلمون المعنيون في اتخاذ القرارات الخاصة بالبدائل التربوية . إذ أن معرفتـــهم المباشرة بخيارات الدمج المختلفة بما فيها سعة البرامج لتلبية حاجـــات الطـــلاب وانسجام الطفل مع الآخرين في البرنامج ، تســـهم فـــي تزويـــد فريـــق التقييـــم بمعلومات مهمة تساعده في اتخاذ القرار المناســـب . واذا تـــم اختيـــار البديـــل التربوي، فسوف يكون لدى المعلم فهما لتاريخ الطـــالب الـــتربوي الشـــخصي . والأهم من ذلك . أن المعلم الذي يستقبل الطالب ويقوم بتعليمه سوف يشارك فـــي تصميم الأهداف العامة والأهداف التعليمية، وفي تحديد الوقت المناسب لتحقيـــق الأهداف ، وفي تحديد أساليب تقييم البرنامج التربوي الفردي . ويتضمن الجـــزء الثاني من هذا الكتاب تفصيلا لعملية تطوير البرنامج التربوي الفردي ومحتواه .

لقد عرضنا خطوات الأهلية والبديل التربوي وذلك عند التحويـــل للتعـــرف الأولي واتخاذ القرارات المناسبة للبدائل التربوية فقط . وطبقا للقوانين الاتحاديـــة

يجب القيام بإعادة تقييم شاملة كل ثلاث سنوات على الأقل خلال الوقت الذي يتلقى فيه الطالب خدمات التربية الخاصة . وبالإضافة إلى ذلك فان البرنامج التربوي الفردي (IEP) يجب إعداده سنويا من قبل فريق متعدد التخصصات بمن فيهم الوالدين . ويجب أن تهتم معلومات التقييم بالأداء الوظيفي للتلميذ في الوضع التربوي الحالي ، وبتوثيق مدى التقدم الذي يحرزه في اتجاه تحقيق أهداف البرنامج التربوي الفردي . فالمعلومات التي يتم جمعها في خطوتي التحويل والأهلية غالبا ما تستخدم كأساس لمقارنة التغير الحاصل لدى الطالب والذي يتم قياسه لاحقا . أما عند إعادة التقييم فإن العمليات المشار إليها سابقا لتحديد المنافع التربوية للبديل التربوي الحالي في مقابل البدائل الأخرى ، وامكانية الانتقال باتجاه البدائل الأقل تقييدا فيجبب مراعاتها وأخذها بالاعتبار . وبالإضافة إلى إعادة التقييم السنوي فإن تغيير البديل التربوي قد يناقش من قبل الفريق وذلك عندما تشير نتائج التقييم المستمرة استعداد الطالب للتغيير . وفي مثل هذه الحالات ، يعمل المنسق على إقناع أعضاء الفريق بمراعاة المعلومات المناسبة في هذا الموضوع لمساعدتهم في اتخاذ قرار التغيير .

تنفيذ البرنامج

تتمثل الخطوة الأخيرة في نموذج ايوا للتقييم في التنفيذ الفعلي لبرنامج التربية الخاصة . وخلال مرحلة التنفيذ يبقى الطالب المسئولية المشتركة للفريق متعدد التخصصات ، مع أن مسئوليات محددة للتنفيذ وتقييم فعالية التدخلات العلاجية قد تسلم لأعضاء محددين في الفريق و / أو إلى أشخاص آخرين لديهم الخبرة لإيصال الخدمات المنصوص عليها . ومرة أخرى نوجه القارئ إلى الجزء

الثاني من هذا الكتاب الذي يناقش تطوير البرنـــامج الــتربوي الفــردي بشــكل تفصيلي.

استثناءات من النموذج

قد يكون سلوك الطالب أحيانا مصدر تهديد أو يـــؤدي إلـــى إلحـــاق الأذى والضرر بالنفس أو بالآخرين . وفي بعض الأوقات يعبر الطالب فجأة عن أفكـــاره وانفعالات مضطربة شديدة . ويعترف نموذج ايوا للتقييم بضرورة الانتقال عـــبر خطوات اتخاذ القرار بشكل أسرع مما هو عليه في الواقع عنـــد وقـــوع بعـــض الظروف غير الطبيعية . ففي مثل هذه الحالات قد يتجاوز الفريق قرارات الأهليـــة والبديل التربوي ، ولكن تجاوز الخطوة الأولى والثانية يجب أن يكـــون مـــبررا . واذا ما حدث ذلك فمن واجب فريق التقييم تقديم مبررات مكتوبة لأي خروج عـــن الإجراء العادي .

مراجعة أساليب التقييم

تتضمن كل خطوة من خطوات نموذج تقييم ايوا تطوير قـــاعدة معلومـــات لاتخاذ القرارات المناسبة . ويجب عدم الإشارة إلى أدوات وإجراءات التقييم وذلك بسبب أن اختيارها يجب أن يتم طبقا لفوائدها في الإجابة على الأســـئلة الخاصـــة بكل حالة على حده . وتتوفر العديد من المصادر والمراجع الخاصة بتقييم مجـــال التربية الخاصة والتي توفر معلومات تفصيلية حول إجراءات وكتـــب ومقـــاييس محدده قابلة للتطبيق مع جميع فئات التربية الخاصـــة (إيفـــانس Evans , et al ،

١٩٨٦ ؛ سالفين ويسلديك Salvia and Ysseldyke ، ١٩٨٥ ؛ والاس ولارسن Wallace and Larsen ، ١٩٧٨) . وتشتمل هذه المصادر على مناقشات مستفيضة للتقييم الرسمي وغير الرسمي ، وبناء الاختبار ، وقضايا الصدق والثبات، ووصف للاختبارات والمقاييس التجارية المتوفرة . وقد راجع ايفانز وآخرون Evans et al ، (١٩٨٨) على سبيل المثال التقييم في مجالات أبعد مما يهدف إليه النقاش في هذا الباب مثل فنون اللغة ، والقراءة، والرياضيات .

وبالإضافة إلى ذلك يتضمن نموذج أيوا للتقييم (وود وأخرون Wood et al ، ١٩٨٥) مراجعات هامة تفصيلية لإجراءات تقييم محددة مفيدة مع الطلاب المضطربين سلوكيا . وتمثلت التصنيفات العامة في ؛ تحليل الموقف (الوضع) ومعلومات حول سلوك الأفراد (مثل الملاحظة الرسمية ، وقوائم شطب سلوك الطفل في المدرسة والمنزل ، ومقاييس التقدير) ومعلومات حول السمات الشخصية (من مثل الأساليب الاستقطابية ، ومقاييس تقرير الذات ويهتم الجزء المتبقي من هذا الفصل بشكل أساسي باستراتيجيات التقييم التي قد يستخدمها المعلمون وغيرهم من مقدمي الخدمات المباشرة لدراسة المشكلات السلوكية .

تقييم ذكاء الفرد وشخصيته

اختبارات الذكاء

تسهم بعض أنواع التقييم بشكل أساسي في اتخاذ قرارات الأهلية والبديل التربوي. وتشمل اختبارات الذكاء الفردية التي عادة ما تستخدم لقياس الذكاء العام كلا من بطارية كوفمان لتقييم الأطفال , وستانفورد بينيه ، واختبار وكسلر

لقياس ذكاء الأطفال، وتهدف هذه الاختبارات إلـى قيـاس المـهارات المعرفيـة المرتبطة بالقدرة الأكاديمية . وقد تم تقتينها على عينات كبيرة ، ولهذا فإن درجة أداء الفرد يمكن مقارنتها بدرجات الطلاب الأخرين في نفس الفئة العمرية . وتمثل نسبة الذكاء الناتجة Intelligence quotient (IQ) قياسا مقتنا لعمر الطفل العقلي .

أن دور مقاييس الذكاء المقننة في اتخاذ قرارات بأهلية التربيـة الخاصـة لاقت اهتماما كبيرا . إلا أن أحد الانتقادات الموجهة لها تتمثل في أنها تعتمد كثيرا على كفاءة اللغة الإنجليزية . وتتضمن عبـارات (فقـرات) متحـيزة ثقافيـا . ويتناول النقد الأخر عدم قياسها للذكاء العام ، ولكنها بدلا من ذلك تقيس أنواعـا معينة للذكاء ، وبالإضافة إلى ذلك فإن أداء الطفل يقارن بمعايير وطنيـه قـد لا تكون بالضرورة نفس المعايير المحلية .

والاعتبار الآخر الذي يجب مراعاته هو أن درجات اختبـارات الذكـاء قـد أعطيت وزنا غير مبرر في قرارات التعرف ، مع أنها قد تكون ذات فـائدة قليلـة لتصميم التدخلات التربوية (زابل وأخرون Zabel et al ، ١٩٨٢) وهكذا فإن قيمة اختبارات الذكاء محصورة بدرجة كبيرة في اتخاذ قرارات الأهليةK وحتـى عنـد اتخاذ القرارات الخاصة بالأهلية . فيجب أن تؤخذ بالاعتبار دوما في إطار مقاييس أخرى متعددة لقدرات الطالب . وقد تم مناقشة استخدام اختبارات الذكاء الفرديـة وكذلك اختبارات التحصيل الأكاديمي الفردية والجمعية بشكل أكـبر فـي الفصـل السابع من هذا الكتاب .

الأساليب الاسقاطية

هناك كثير من الأساليب الإسقاطية لدراسة العالم الداخلي للطفل التي تدخل ضمن تقييم الشخصية فاختبار فهم الأطفال

The Children,s Apperception Test (CAT)

واختبار رسم الرجل The Draw-A-Person (DAP

واختبار المنزل – الشجرة – الرجل Pesson Test (H-T-P)

واختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test (TAT)

هي اختبارات اسقاطية تستخدم أحيانا لتقييم الأفكار والمشاعر غير المدركة.

ففي كل من اختبار فهم الطفل (CAT) واختبار تفهم الموضوع (TAT) تعرض صور غامضة على الطفل ، ومن ثم يسأل ماذا يرى فيها . وتسجل استجابات الطفل وتقيم في ضوء نمط الاستجابات العادية وغير العادية التي تم الحصول عليها من عينة كبيرة من الأطفال . أما في اختبار رسم الرجل (DAP) فيسأل الطفل أن يرسم رجلا ويرسم في اختبار المنزل – الشجرة – الرجل (H-T-P) صورة لمنزل وشجرة ورجل ، ومن ثم تحلل الصور في ضوء معايير الاختبار من حيث إدخال أو حذف عناصر معينة على الصور المرسومة وكذلك على الطريقة التي رسمت بها ، والتي تشير إلى سمات شخصية معينة .

وكما هو الحال بالنسبة لاختبارات الذكاء الفردية ، فإن الأساليب الاسقاطية يجب أن تطبق وتفسر من قبل الاختصاصيين النفسيين ، أو الأطباء النفسيين

وغيرهم ممن لديهم تدريبا مناسبا. ويكمن النقد الأساسي للأساليب الاسقاطية في ثباتها وصدقها . فثباتها موضع تساؤل بسبب صعوبة تصحيح استجابات الأفراد وحساب الدرجات بشكل ثابت ومتسق، حيث لا يتوفر محك موضوعي لتقييم الاستجابات ، ولهذا يستطيع الفاحصون الاعتراض على التفسيرات المقدمة . وكذلك يصعب التحقق من صدق هذه المقاييس حيث أن هناك سمات شخصية معينة يستدل عليها من استجابات لفظية أو مكتوبة، وقد لا يستدل عليها من خلال سلوك الفرد الفعلي المتمثل بالرسم .

وتتناول الأجزاء التالية من هذا الفصل إجراءات التقييم التي يعتبرها معلمو الطلاب المضطربين سلوكيا مفيدة لتخطيط البرنامج ، وهذه الأساليب ليست بالضرورة محدوده باحدى خطوات التقييم الموضحة سابقا . وقد تسهم بعض الاستراتيجيات المفيدة لتحقيق التكيف في المدرسة والبيت ، وما قبل التحويل ، والأهلية وتحديد البديل التربوي المناسب أيضا في قياس التغير المستمر في أداء الطالب وكذلك في تقييم فعالية البرامج التربوية .

التحليل البيئي

يجب أن يؤخذ التقييم البيئي بالحسبان عند تقييم عناصر في البيئة تؤثر في الفرد وتتأثر به . أن تحليل التفاعل المعقد ما بين الفرد والبيئة، حتى في وضع محدد كالفصل أو المدرسة يصعب تعيينه وتحديده . وقد اقترح رينولدر وبيرتش Reynolds and Birch (١٩٨٢) تقييم عدة جوانب من بيئة المدرسة، وتشمل تلك الاقتراحات :

- الفراغ والتجهيزات

- دراسة الأوضاع التعليمية
- البيئات الاجتماعية
- تحمل مسئولية الجانب الإداري والتنظيمي
- الانتباه والنظام في غرفة الفصل
- تعاون العاملين
- تقييم التقدم (النجاح) الذي حققه الطالب
- الجو العاطفي (الانفعالي)
- معرفة وتقدير (احترام) الاختلافات الثقافية
- عمليات دراسة الطفل
- التعاون بين الوالدين والمعلم

ويعتقد والاس ولارسن Wallace and Larsen (١٩٧٨) بأن المجالات التي يجب تحليلها يجب أن تشتمل على الأقل التفاعل بين الطالب والمعلم ، وملاءمة المنهج للطالب، وعلاقات الأقران، وجو المدرسة والفصل والمتغيرات خارج المدرسة . حيث أن هذه المجالات التي نتساءل عنها قد يكون لها تطبيقات في كل من البرامج التربوية العامة والخاصة .

ولقد طورت لندا ميلر استشارية الاضطرابات السلوكيه في ايوا أسلوبا للتحليل البيئي مخصص لدراسة تأثيرات غرفة الفصل على المشكلات السلوكية (ميللر Miller ، ١٩٧٩؛ ميلر وأخرون Miller et al ،١٩٨٥) (انظر ملحق ٣) ويفحص أسلوب ميلر ثلاثة أبعاد رئيسية لغرفة الفصل :

١- الوضع التعليمي

٢- البيئة الاجتماعية للفصل

٣-أبعاد عملية التدريس

ويتم الحصول على المعلومات من خلال الملاحظة المباشرة التي يقوم بـــها المعلم، وتسجل معظم المعلومات بوضع إشارة إلى جانب الاستجابات المناســبة أو وضعها في الفراغات .

الوضع التعليمي

يشمل الوضع التعليمي معلومات حول نمط الفصل، وعدد الطلاب والأنشـطة التي يتم القيام بها ، واستخدام الفراغ؛ مثل ترتيب المقاعد، المجالات المكانيــة ، ومواقع التجهيزات والمصادر، والأثاث ، والإضاءة ، والشــبابيك ، والتهويــة ، والطباشير ، والضجيج الملفت للنظر .... الخ .

البيئة الاجتماعية للفصل

يشمل هذا الجزء من التحليل البيئي معلومات حــول تشــكيل مجموعــات الأقران (الجنس، والحالة الاجتماعية الاقتصادية ، والعمر ، والنضج الاجتمــاعي، والسلالة العرقية ، وجو المجموعة ، وأنماط التفاعل الأخرى بين المجموعــة) . وتهتم أيضا بخصائص المعلم وأنماط التدريس (من مثل الجنس، وطرق العمــل مع الطلاب والتعبير عن المشاعر ، والتأديب ، والمزاجية الســائدة ، وأســاليب التدخل العلاجية الأخرى ، والتواصل مع الوالدين) .

أبعاد عملية التدريس

يركز القسم الثالث على طرق التدريس المستخدمة من قبل المعلم. ويشمل ذلك التساؤل عن الأساليب ، والتخطيط ، والتوجيهات المعطاة ، والنقاش ، والتقييم وطرق التصحيح ووضع الدرجات، وتوافرها خارج الفصل . ومن أبعاد التدريس الأخرى : الحصص الدراسية (مثل طبيعة الواجبات المنزلية) والقواعد والإجراءات الخاصة بتعليمات المرور ومصادر وسائل الاتصال (مثل ما نوعها ومتى تتوفر للاستخدام) .

وبالطبع فإن بعض أنماط المعلومات البيئية (عدد الذكور والإناث) يمكن ملاحظتها بسهولة، في حين يتطلب البعض الآخر (مزاج الفصل كما يعكسه المعلم) تفسيرا واستنتاجا خاصا . وبالتأكيد ، فليست كل المعلومات التي يتم جمعها باستخدام هذا الشكل تكون مناسبة لكل طالب في أي فصل دراسي . إذ يتعين على فريق التقييم والملاحظين أن يحكموا على مدى الاستفادة النسبية لأنماط المعلومات التي يرغبون في الحصول عليها ، وينظموا التحليل البيئي من حيث المحتوى والشكل الذي يجدونه أكبر فائدة وأكثر منفعة . ويجب أن تسهم المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال التحليل البيئي في فهم المؤثرات البيئية على الطالب . ويمكن أن تكون هذه المؤثرات مصادر معلومات قيمة في اتخاذ قرارات ما قبل التحويل والتعرف على ما إذا كان الطالب مضطربا سلوكيا . وقد يقترح إجراء بعض التعديلات التي تجعل الطالب أكثر راحة أو تساعد فريق التقييم في اختيار وتصميم البيئات البديلة التي توفر بيئة أكثر توافقا بين الفرد والبيئة .

وبالإضافة إلى التحليل البيئي، يمكن استخدام أساليب عديدة من شـــأنها أن تقدم صورة متكاملة عن الطفل داخل النظم البيئية المناسبة . ومن ضمـــن هـــذه الأساليب مقابلات الوالدين، وتقديرات السلوك من قبل المعلم والوالدين ، وأساليب قياس العلاقات الاجتماعية، والملاحظة المباشرة . وسوف يتم في الأجزاء التالية عرضا لهذه الاستراتيجيات .

مقابلات الوالدين

يعتبر الوالدان مصدرا مهما لأنماط كثيرة من المعلومات المتعلقة بأطفالـــهم، وفي تقييم كل من نمط ودرجة المشكلات على سبيل المثال . فمن الأهمية بمكـــان تحديد أوجه الاختلاف والتشابه في مدركـــات المـــنزل والمدرســـة . إذ أن فـــهم التربويين للمشكلات السلوكية وتصميم وتنفيذ التدخلات العلاجية يمكـــن تأكيدهـــا وتدعيمها من خلال فهم وجهات نظر الوالدين لطفلهم . فالوالدان يمكنـــهم تقديـــم معلومات حول سلوك طفلهم في مواقف أخرى غير المدرسة، وحـــول التدخـــلات العلاجية التي جربوها سابقا في المنزل ، وحول مشاركة الأسرة في النظم الداعمة ضمن المجتمع، وحول العلاقات بين أفراد الأسرة والمؤسسات المجتمعية ، وحول حالة.تطور الطفل والأسرة . أن هذه الأنماط من المعلومات قد يتم الحصول عليها من خلال مقابلات الوالدين المنظمة (سوداك وأخرون Sodac, et al، ١٩٨٥) .

إن معلومات ومفاهيم الوالدين عن طفلهم يمكن جمعها من خـــلال نمـــوذج مناسب للطفل والأسرة. وقد تأخذ مقابلة الوالديـــن شـــكل الأســـئلة المكتوبـــة ، والمقابلة الشفهية ، أو الجمع بين الطريقتين . ومن الواضح فإنه من الضـــروري أخذ مهارات الوالدين الكتابية والشفهية ، ورغبتهم، وقدرتهم على تقديـــم أنمـــاط

المعلومات هذه بعين الاعتبار . فمقابلة الوالدين لا تسهم فقط في عملية التقييم التربوية، ولكنها من المحتمل أن تساعد الأسرة على فهم الطفل والعلاقات بين سلوك المنزل والمدرسة (سوداك وأخرون Sodac et al ، ١٩٨٥) وبالإضافة إلى ذلك فإن مقابلة الوالدين يمكن أن تضع الأساس لمشاركة الأسرة المستمرة للمدرسة . ويتضمن الجزء الثاني من هذا الكتاب اقتراحات إضافية لمشاركة الوالدين في عملية التقييم.

مراقبة تغير السلوك

تتوفر العديد من الأدوات ، والأساليب والاستراتيجيات التي قد تستخدم لمراقبة التغير الذي يطرأ على الطالب مع مرور الوقت ، عند التخطيط للتقييم المستمر ، فمن المفيد التفكير في ثلاثة أنماط عامة للمقاييس :

١-المقاييس القبلية – البعدية

٢- مقاييس النواتج

٣-مقاييس العمليات

ويسهم كل من هذه المقاييس بنمط مختلف من المعلومات .

وبالطبع ، فإن بعض الإجراءات التي تستخدم لمراقبة السلوك قد تكون أكثر ملاءمة من أي من تلك التصنيفات الثلاثة العامة . وعلى سبيل المثال فإن اختبارات المهارات الاجتماعية قد تستخدم كمقاييس قبلية – بعدية للتقدم العام عبر الوقت في مهارات الطالب الاجتماعية ، وذلك لتحديد مهارات محددة يقوم

بأدائها ، و / أو لمراقبة سلوك الطالب في إطار برنامج تدريب المهارات الاجتماعية . ومن المحتمل أن يحتاج اختصاصيو التربية الخاصة جميع معلومات الأنماط الثلاثة لإعداد وتنفيذ وتقييم تدخلاتهم العلاجية . فالإجراءات التي يتم اختيارها سوف تتنوع طبقا لأنواع المعلومات التي تعتبر الأكثر ملاءمة للطلاب والمواقف التعليمية المشتركة ، ومقومات البرامج (مثل المصادر، والعاملين والوقت المتاح) ومعارف ومهارات أولئك الأفراد المشاركين في التقييم . وسوف يقدم في الأجزاء التالية أمثلة على المقاييس القبلية - البعدية ، والنواتج ، والعمليات .

إرشادات لمراقبة السلوك

ليس من الضروري . كما أنه ليس من الممكن قياس جميع سلوكيات الطفل. وبدلا من ذلك ، فالهدف هو أخذ عينة من السلوك بطرق تسمح بالحصول على أكثر المعلومات قيمة ومنفعة لاتخاذ قرارات حول الأهلية، والبديل التربوي المناسب ، والأسلوب العلاجي. وهناك ثلاثة إرشادات بخصوص إجراءات مراقبة تغير السلوك يجب اتباعها . وتعرف هذه الارشادات بالراءات الثلاثة إذ يجب أن تكون ممثلة Representative ، وصادقة Reliable ، ومناسبة Relevant .

أولا : يجب أن توفر إجراءات المراقبة معلومات ممثلة، فالسلوك الذي يدرس وشروط قياسه لا يجب أن تكون متحيزة ، ويجب أن يكون قابلا للملاحظة والقياس . ولتحقيق ذلك يجب دراسة السلوك حين يظهر بنسب مرتفعة ، ومنخفضة من الشدة. ولا يجب أن يكون القياس محدودا بالفرص التي يراها الملاحظ مقنعة له، إذا لم يكن السلوك ومتغيرات الوضع التعليمي عاديا .

ويجب أن تكون الإجراءات ثابتة قدر الإمكان ، ويرجـــع الثبـــات Reliability إلى دقة أو اتساق القياس (إفانس وأخرون Evans et al ، ١٩٨٦) وهذا يعني أننا إذا استخدمنا نفس الإجراء لقياس السلوك فسوف نحصل على معلومات مشابهة . فعلى سبيل المثال يجب أن تستخدم أساليب الملاحظة الرسمية (المنظمة) نمـــاذج ومحكات ثابتة حيث يمكن التحقق والتأكد من المعلومـــــات التـــي يوفرهـــا أحـــد الملاحظين من قبل ملاحظين آخرين .

ومن الأهمية بمكان أن تركز المراقبة على السلوك المناسب، فليس هنـــــاك هدف يمكن أن يتحقق من مراقبة سلوك غير مناسب لـــــلأداء الوظيفـــي للطـــالب وليس له ارتباط أساليب التدخل العلاجية ، كما يتعين أن يركز التقييـــم المســـتمر على مظاهر الأداء الوظيفي التي يمكن التحقق من مصداقيتها اجتماعيا والمرتبطة بأداء الطالب الوظيفي المرغوب .

المقاييس القبلية – البعدية

المقاييس القبلية – البعدية هي إجراءات تقييم تستخدم لقيـــاس ســـمات أو خصائص عامة على سلم متدرج من النقاط المعطاة . وتستخدم هـــذه المقـــاييس لتحديد التغير الذي يحدث في سلوك الطالب من مرحلة ما قبل التدخـــل العلاجـــي وحتى بعد التدخل العلاجي . ومن أكثر المقاييس القبلية – البعدية استخداما فـــي التعرف على المشـــكلات الســـلوكية أســـاليب البعـــد الاجتمـــاعي Sociometric ، واختبارات مفهوم الذات ، وتقدير السلوك. وتوفر هذه الأدوات وجهات نظر مـــن أقران الطالب ، ومن الطلاب أنفسهم ومن المعلمين .

مقاييس البعد الاجتماعي

تهدف مقاييس البعد الاجتماعي إلى قياس مدى تقبل الفرد والحالة الاجتماعية له في عيون أقرانه أو زملائه في الفصل . وتعتبر بعض هذه الأساليب مقاييس ثابتة لتكيف الطالب الاجتماعي، وتعتبر كذلك مصدر تنبؤ جيد للحالة الانفعالية والاجتماعية في المستقبل . (أون وآخرون Owen, et al، ١٩٧٣) .

ويتألف أحد أنماط أسلوب البعد الاجتماعي من تسمية الأقران لزملاء فصلهم لتأدية أدوار معينة . وقد يكون ذلك على شكل من ؟ والتي يطلب فيها من الطلاب تسمية من تنطبق عليه الأوصاف من زملائهم في الفصل من مثل ، الأكثر تعاونا ، " الأذكى " أو " الابخل" . ولقد استخدمت أيلي باور Eli Bower (١٩٨١) أسلوب التسمية في حصة اللعب Class Play ؛ حيث استخدم في التعرف على المشكلات السلوكية الانفعالية . وقد طلب من الطلاب أن يختاروا أقرانهم لأدوار إيجابية وسالبة (مثل الشخص الذي يستطيع أن يلعب دور الصديق الحقيقي) وذلك من خلال موقف اللعب . وبهذا يحصل كل طالب على درجة تعكس العدد الكلي للاختيارات السالبة من قبل زملائه في الفصل مقسوما على العدد الكلي للتسميات . وتشير النسبة المئوية المرتفعة إلى مستوى مرتفع من سلبية إدراك الأقران للطالب .

وتستخدم الصفحة النفسية لتقدير السلوك كأسلوب بيئي لتقييم السلوك Behaviorl Rating Profrile : An Ecological Approach to Behavioral Assessment (برون وهاميل Brown & Hammill ، ١٩٨٧) . والتي تم مناقشتها في الجزء الخاص بمقاييس التقدير أيضا نموذج التسمية، مصحوبة بأسئلة ترتبط بالصداقة، والقدرة الأكاديمية، ومهارات القيادة، ويسمى الطلاب زملاء فصلهم استجابة

لأسئلة من مثل " أي من طلاب فصلك تفضله أكثر (أو أقل) ليساعدك فـــي حــل مسائل من واجباتك المدرسية ؟ " .

وتعتبر مقاييس قوائم تقدير السلوك أداة أخرى لقياس البعد الاجتمـــاعي إذ يتم تقدير قائمة من جميع طلاب الفصل على أسئلة محدده من مثل " كم تحـب أن تلعب مع هذا الشخص ؟ " (أودن وآشر Oden and Asher ، ١٩٧٧) وذلــك علــى سلم متدرج من الاستجابات السالبة إلى الاستجابات الموجبة (من مثــل " أبــدا " إلى " كثيرا ") . ويعتبر مقياس أوهايو للتقبل الاجتماعي Ohio Social Acceptance Scale (١٩٧٩) مثالا آخر لمقاييس قوائم التقدير الملائمة للاستخدام مع طلاب المرحلة الثانوية .

وتمثل مصفوفة البعد الاجتماعي Sociometric Matrix العلاقات بين أفــراد المجموعة الواحدة كما يظهر في المربع رقم (٣-٥) .

مربع رقم (٣-٥) مصفوفة البعد الاجتماعي

	آن	برت	دينو	إللي	لويس	ميشيل	ويلي
آن			٢		١		٣
برت	٢		١				٣
دينو	٣				٢	١	
اللي	٣		١		٢		
لويس	١					٣	٢
ميشيل			٣		١		٢
ويلي	٢		٣		١		
	١١	٠	١٠	٠	٧	٤	١٠

٣= الاختيار الأول ٢= الاختيار الثاني ١= الاختيار الثالث

وتعرض المصفوفة جميع أعضاء المجموعة بطريقة أفقية وعمودية . مع تسميات (اختيارات) كل طالب . حيث طلب من الطلاب أن يختاروا ثلاثة من زملائهم في الفصل ممن يفضلون العمل معهم، بحيث يحصل الطالب الذي يتم اختياره أولا على ثلاث درجات ، والثاني على درجتين في حين يحصل من يتم اختياره ثالثا على درجة واحدة . ويظهر أن الطالبة آن ، التي حصلت على ١١ درجة كانت الاختيار الأول من قبل زملائها ، وكل من ولي ودينو اللذان حصلا على ١٠ نقاط لكل منهما كانوا في مقدمة اختيار أقرانهم وتفضيلهم العمل معهم . وفي الجانب الآخر لم يتم اختيار كل من برت واللي من أي من زملائهم .

وهناك عدة محاذير لابد من مراعاتها بخصوص أساليب البعد الاجتماعي منها عدم تمتعها بدلالات ثبات عالية خصوصا مع الطلاب الكبار، ولا تخبرنا بالكثير عن تفاعل الطالب مع أقرانه . ولا تشير إلى الأحداث الاجتماعية السابقة واللاحقة لسلوك معين . وبسبب أن كامل المجموعة أو كامل الفصل يشترك في الاجراءات، فإن مصداقيتهم تصبح أيضا موضع تساؤل (أولاري وجاكسون and Johnson ، ١٩٧٩) . ومن شأن هذه الأساليب أن تقترح أو تعزز مدركات الطالب عن زملائه في الفصل وذلك بإطلاق مسميات أو أوصاف سالبه أو موجبه على بعض الأقران. وبالاضافة إلى ذلك فالنماذج المستخدمة يمكن أن تؤثر في النتائج . فعلى سبيل المثال ، قد يطلب من الطلاب تسمية ثلاثة زملاء لدور معين ، ولكن عدد الطلاب الذين يصلحون لذلك الدور قد يزيد أو يقل عن العدد المطلوب . وتصلح أساليب البعد الاجتماعي بشكل أساسي في مرحلتي ما قبل التحويل والتعرف من مراحل التقييم . ويمكن أن تسهم في تقديم معلومات حول كيف يتم إدراك الطلاب من قبل زملائهم في الفصل . وتوجد طرق أقل رسميه لدراسة علاقات الأقران بالاضافة إلى الأساليب التي سبق مناقشتها .

فالمعلمون على سبيل المثال قد يعطون مهام كتابيه بحيث يستخدم الطلاب فيها اسماء زملائهم في الفصل . إذ يقدم عدد وطبيعة (ايجابية وسلبية) استخدام أسماء بعض الطلاب في مهام معينة وبعض المعلومات حول التقبل الاجتماعي. وكذلك فإن ملاحظات المعلم غير الرسمية لمن يلعب أو يعمل، ومع من ولمن يتم اختياره كثيرا أو قليلا للمشاركة في أنشطة المجموعة، ومن هو موضوع التعليقات الايجابية أو السالبة من قبل الأقران يمكن أن تكون معلومات مفيدة عن العلاقات الاجتماعية .

مقاييس مفهوم الذات

إن نظرة الطلاب لأنفسهم تقدم بعدا آخر للتقييم البيئي . وقد استخدمت مقاييس مفهوم الذات أو تقدير الذات لتعكس الاتجاهات الشخصية في الموافقة أو عدم الموافقة، والمعتقدات المتعلقة بالقدرات الشخصية(كوبر سميث Coopersmith ، ١٩٨١) . وقد تم تطوير العديد من اختبارات مفهوم الذات للاستخدام مع الأطفال ومنها :

اختبار كوبرسميث لتقدير الذات Coopersmith Self- Esteem Inventory (كوبر سميث ، Coopersmith ، ١٩٨١) .

اختبارات تينسي لمفهوم الذات Tennessee self Concept Scales (فيتس Fitts، ١٩٦٥) .

اختبار بيرس-هاريس لمفهوم الذات لدى الأطفال Piers Harris Children Self Concept (بيرس هاري Piers & Harris ، ١٩٦٩)

وتحتوي هذه الأدوات على عبارات وصفية (مثل أنا محبوب) أو قوائم من الصفات (من مثل شجاع ، أمين) بحيث يعطي الطالب التقدير وفقا لمصطلحات من مثل " مثلي " " إلى حد ما مثلي " " ليس مثلي " أو التقدير على سلم مستمر مثل " معارض بدرجة كبيرة " إلى " موافق بدرة كبيرة " . ويتضمن اختبار كوبرسميث لتقدير الذات عبارات تعكس الاتجاهات والمشاعر حول المنزل ، والمدرسة ، والمجتمع . وقد طور روجر روث Roger Roth (١٩٧٥) أسلوبا أطلق عليه السلوك المستهدف Target Behavior ويشتمل على خمس وعشرين بطاقة تصف سلوك المنزل أو المدرسة (" ينجر العمل في الوقت المحدد " يزعج جيرانه باحداث الضجيج ") . ويقوم الطالب بترتيب البطاقات في خمسة وعشرين فراغا على لوحة وفقا لسلم متدرج من تسع درجات تبدأ " مثلي كثيرا " إلى " ليس مثلي مطلقا " .

وتتوفر نماذج إكمال الجمل في بعض برامج التربية الفعالة (انظر المناقشة في الجزء الثاني من الكتاب) ويمكن إعدادها أيضا من قبل المعلمين . وقد تشتمل على عبارات مثل ؛ " الشخص المفضل لدي هو ... " " أحيانا أشعر ....." "المعلمون يفكرون أنني ... " .

وقياس مفهوم الذات مليء بصعوبات منهجيه، فالسؤال الذي يطرح نفسه يدور حول كيف يدرك الطالب خصائصه ، وسماته ومشاعره ، وحول قدرة الطفل على التعبير عن مدركاته بأمانة . ولكن حين يستخدم إلى جانب أنواع أخرى من وسائل التقييم وكذلك مع ملاحظات حول سلوك الطالب وعبارات حول النفس تعكس مفهوم الذات ، فانها يمكن أن تعطي وجهة نظر أخرى .

تقديرات السلوك

يشيع استخدام قوائم الشطب Checklists ومقاييس التقدير السلوكية Rating Scales كنمط من المقاييس القبلية – البعدية . ويقدر المعلمون ، وأحيانا الوالدان . والآخرون الذين يتعاملون مباشرة مع الطالب سلوك الفرد وفقا لأوصاف عديدة . وتعتبر تقديرات السلوك مفيدة بشكل خاص في تحديد مدركات عدة أشخاص مختلفين للطالب . وحين يتم تقنين مقياس التقدير، تقارن درجات الفرد بتوزيع الدرجات لتحديد كم يبتعد عن المعايير . وتستخدم قوائم الشطب ومقاييس تقدير السلوك بشكل مناسب في مرحلتي الفرز Screening والتعرف Identification من عملية التقييم (كير ونيلسون Kerr and Nelson ، ١٩٨٣) . ويمكن أن تساعد أيضا في تحديد التعبير عن الخصائص عبر فترات طويلة نسبيا من الوقت .

وتتضمن مقاييس تقدير السلوك عددا كبيرا من الفقرات التي تصف السلوكيات المضطربة . وعادة ما يشير المقدر إلى وجود أو غياب أي صفة أو سمة لدى الفرد ، أو يقدر الفرد على سلم متدرج (من مثل " دائما " إلى " مطلقا ") . وعادة ما تستخدم الدرجات الكلية والعوامل في رسوم بيانية بناء على التقدير. وتسمى هذه العوامل بالمقاييس أو الأبعاد أو المجالات ، وتتألف من فقرات (عبارات) وجد بأنها تتجمع أو تشترك في علاقات داخلية من خلال استخدام إجراء إحصائي يسمى " بالتحليل العاملي " .

ويتوفر حاليا ٢٠٠ مقياس لتقدير السلوك . وتوجد مراجعة لأكثر هذه الأدوات استخداما في كل من سوداك وأخرون Sodac, et al (١٩٨٥) وسبيفاك وسويرت Spivack and Swirt (١٩٧٣) ووالز Walls (١٩٧٧) وكذلك الكتاب

السنوي للمقاييس النفسية Mental Measurement Yearbooks ، (بـــوروس Buros ١٩٨٥) .

وتصف هذه المراجعات وتقيم هدف ، وبناء ، وتقنين كثير مـــن الأدوات . وتقتصر مناقشتنا على عدد من الأدوات التي تم إعدادها إعـــدادا جيـــدا. والتـــي تتصف بالصدق والثبات ، والتي استخرجت لـــها معـــايير مناســـبة ، وتســـتخدم باستمرار في التقييم التربوي . ويتضمن الملحق رقم (٣) عناوين الناشرين لتلك الاختبارات . فمقياس التقييم الســـلوكي Behavioral Evaluation Scale (BES) علـــى سبيل المثال أداة تتألف من خمس وعشرين فقرة تستخدم مع الأطفال والطلاب من مرحلة الروضة وحتى نهاية المرحلة الثانوية . ويستجيب القائم بالتقدير على كـل فقرة؛ من مثل يظهر تغيرا مفاجئا أو دراماتيكيا في المزاج " في ضـــــوء تكـــرار حدوثها على سلم متدرج من الاستجابات (من مثل " مطلقا أو غير ملاحظ " إلى " مستمر طوال اليوم ") . والميزه الأساسية لمقياس التقييـــم الســـلوكي (BES) ان فقراته تتالف من خمسة مقاييس فرعية تمثل خصائص المضطربين انفعاليا وفـــق تعريف الحكومة الاتحادية .

ومن أكثر مقاييس التقدير التي استخدمت على نطاق واسع وورد ذكرها في كثير من الدراسات السابقة قائمة المشكلات السلوكية (BPC) Behavioral Problem Checklist التي قام بتطويرها كوي وبترسون . وظهرت للاختبار صـــورة معدلـــة تصلح للاستخدام مع الأطفال من مرحلة الروضة إلى الصف الثامن، وتتألف مـــن ثمان وتسعين فقرة تتوزع إلى خمسة عوامل أساسيه وعاملين فرعيين . ويشير القائم بالتقدير ما إذا كانت مشكلة الطفل السلوكية شديدة ، أو بسيطة أو ليســـت لديه مشكلة ، ويتم رسم أو تمثيل نتائج الدرجة الكلية والأبعاد بيانيا .

أما مقياس بيركس لتقدير السلوك فهو أداة تتألف من ١١٦ فقرة للتعـــرف على أنماط السلوك العدواني والعصبي وغير الناضج لدى الأطفال من الصف الأول الابتدائي وحتى التاسع . وتقدم الاستجابات في ضوء درجة انطباق ما تتضمنه كل فقرة على الطفل موضع الاهتمام .

وقد طورت لندا براون ورونالد هاميل الصفحة النفســية لتقديــر الســلوك Behavior Rating Profile (برون وهاميل Brown and Hammil ، ١٩٧٨) حيث صمم الاختبار ليقيس سلوك الأطفال من الصف الأول وحتى السابع وفقا لوجهات نظــر متعددة لكل من الوالدين، المعلمين ، والأقران . وتتألف مقاييس تقدير الوالديــن من ثلاثين كلمة وصفه يتم الإجابة على كل منها وفق سلم متصل يبدأ من " يشــبه كثيرا جدا " إلى " لا يشبه على الإطلاق " . ويظهر نموذج الصفحة النفسية درجــة انحراف الفرد على عدة اختبارات فرعية .

أما قائمة سلوك الطفل The Child Behavior Checklist التي طورها كــل مــن اشنباك واديلبروك إلى Achenbach and Edelbrock (١٩٧٨) ؛ واشــنباك Achenbach (١٩٧٩) . فهي مقياس يتألف من ١١٢ فقره تم إعداده للاستخدام مع الأطفــال ممن تتراوح أعمارهم ما بين أربع إلى ست عشرة سنه . ويوفر نماذج تقدير لكل من الوالدين والمعلم. وتقدم الاستجابات فيه وفقا لما إذا كانت الفقرات " صحيحــه بدرجة كبيرة " " صحيحه إلى حد ما " أو " ليست صحيحه " في وصفها للطفــل . وتوضع الدرجات على صفحة نفسية وفقا للمقاييس الفرعية .

ولقد طور سبيفاك وسوفت Spivack and Swof (١٩٦٦ ، ١٩٦٧) ثلاثـــة مقاييس تقدير وذلك لقياس السلوك غير التكيفي الــذي قــد يتدخــل فــي الاداء التربوي . وهذه المقاييس هي :

١-مقياس ديفيريوكس لتقدير سلوك الأطفال Devereux Child Behavior Ratingc Scale ويستخدم من قبل الوالدين لتقدير سلوك الأطفال ممن تتراوح أعمارهم ما بين الثامنة والثانية عشرة.

٢- مقياس ديفيريوكس لتقدير سلوك أطفال المرحلة الابتدائية Devereux Elementary School Behavior Rating Scale (DESB) ويستخدم من قبل المعلمين لتقدير سلوك الأطفال في المرحلة الابتدائية بدءا من الصف الأول وحتى السادس الابتدائي .

٣-مقياس ديفيريوكس لتقدير سلوك الكبار Devereux Adolescent Behavior Rating Scale يستخدم من قبل الوالدين لتقدير سلوك الطلاب بدءا من ١٣-١٨ سنة .

ويحدد المقدرون درجة موافقتهم على مدى انطباق الأوصاف على الطفل وذلك على سلم متدرج من الاستجابات . وتوضع الدرجات مباشرة على نماذج من الصفحات النفسية التي تشير إلى درجة انحراف الفرد عن المعايير المحدده على عدة اختبارات فرعية . ويشتمل المقياس الثاني الخاص بالمرحلة الابتدائية (DESB) على سبيل المثال من اثني عشر عاملا منها " عدم الانتباه والانسحاب " و " قلق التحصيل " .

ولقد طور سفاك وسوفت أيضا عام ١٩٧٣ كلا من :

١-مقياس هانيمان لتقدير سلوك المدرسة الابتدائية Hahneman Elementary School Behavior Rating Scale .

٢-ومقياس هانيمان لتقدير سلوك المدرسة الثانوية Hahneman high School Behavior Rating Scale .

ويهدف هذان المقياسان اللذان يتألف كل منهما من أربعة وخمسين فقـــره إلى المساعدة في التعرف وقياس السلوك المشكل قي كل من الـــبرامج التربويـــة العادية والخاصة . وقد تم تمثيل الأبعاد الأربعة عشرة في كل منهما . بثـــلاث أو أربع فقرات يتم تقديرها على درجات متصلة لشدة السلوك .

ولقد أعدت قائمة ولكر للتعرف علـــى الســـلوك المشـــكل Walker Problem Behavior Identification Checklist ولتستخدم بشكل أساسي مع الطلاب في الفصـــول الممتدة من الرابع وحتى السادس الابتدائي ، وفي هذه القائمة يضع القائم بالتقدير دائرة على وجود أو غياب خمسين مشكلة سلوكية صفية تؤلف خمسة عوامـــل، ومن ثم توضع درجات العوامل (الأبعاد) الخمسة على نموذج للصفحة النفسية .

وتستخدم مقاييس تقدير السلوك للتعرف على الســـمات الســـلوكية العامـــة للفرد، وهناك بعض المحاذيرحول المعلومات التي توفرها مثـــل هـــذه المقـــاييس القبلية – البعدية . وتتألف الدرجات على الاختبارات الفرعيـــة أو العوامـــل مـــن مجموع التقديرات على عدة فقرات . ولكن هذه الدرجات غير محدده ، ولا توفـــر لنا بعض التفصيلات التي قد تكون هامة عند اتخـــاذ قـــرارات تتعلـــق بـــالتعرف والبرمجة . وكذلك فإن درجات الفرد على مقاييس التقدير المقننة تقارن بمعايير . وقد تعتمد هذه المعايير على عينات وطنيه كبيرة ، وفقا لمتغير العمر والجنـــس ، ولكنها مع ذلك قد لا تكون بالضرورة مناسبة للاستخدام المحلي . فلنـــأخذ علـــى سبيل المثال كيف تختلف تقديرات المعلمين لطالب في ما نهاتن ونيويـــورك ، أو في مانهاتن وكانسس ، أو من مدرسة إلى أخرى ضمن المدارس التابعـــة لـــهذه المناطق ، أو حتى من فصل إلى آخر ضمن المدرسة الواحدة . فنحن حين نقـــدر سلوك الطالب، فنحن نقوم بتقييمه في ضوء بعض المعايير، والتـــي قـــد تكـــون سلوكيات مثالية أو عادية وفق المتوسط . وحتى لو قدرنا الفرد مقارنة بـــالاخرين

في نفس المجموعة ، فيجب أن ندرك أن المعايير قد تتغـــير وفقـا للمجموعـة المرجعية .

وتوفر المقاييس المقننة ، ذات المعايير المرجعية كمقاييس تقدير السـلوك معلومات كمية ونوعية . وتسمح لنا بوضع أرقام على أحكام من يقومون بالتقدير. وحيث يمكن أن تكون نوعا آخر مهما لقياس خصائص الطالب ، إلا أنها يجب أن تؤخذ مع بعض الحذر فيما يتعلق بمصداقيتها في الحالة الفردية . ويجب أن تؤخذ أيضا في اطار أنماط أخرى من معلومات التقييم .

مقاييس النواتج

خلال تنفيذ البرنامج التربوي . تصبح مقاييس أداء الطـالب التـي تؤلـف النواتج متوفرة . فعينات العمل الكتابي . والاختبارات الموقوته في الرياضيـات ، واختبارات التهجئه التي يتم جمعها بعد وقت محدد تمثل أنواعـا مـن النواتـج الأكاديمية . فتحليل هذه النواتج تظهر ما يستطيع الطالب عمله وكذلك تشـخيص صعوباتهم . وتعتبر سجلات الأرشيف Archival Records التي يتم جمعـها بشـكل روتيني نوعا آخر من مقاييس النواتج . وكذلك فإن سجلات الحضور المدرسـي ، والتأخر ، وزيارة مكتب المدير ، والممرضة ، وبطاقات التسـجيل ، واسـتخدام العزل (الاقصاء) Time out ، والاتصالات مـع الوالديـن ، تعتـبر أنواعـا مـن المعلومات التي تعمل على توثيق الجوانب الوظيفية للطالب .

ويبدو أحيانا أن توثيق النواتج الأكاديميه أكثر سهولة من توثيق النواتـج الاجتماعية والانفعالية ، بسبب توفر المناهج الأكاديمية المقننة . إذ أن لدينا فكرة

واضحة حول نوع المهارات التي يجب أن تكون متضمنة في المنهج الأكاديمي لأطفال الصف الأول، أو الخامس أو العاشر ، وكيف يمكن قياس هذه المهارات . ويمكن أيضا تطوير المقاييس ذات المحكات المرجعية في المجال الاجتماعي والانفعالي . ومن ناحية ثانيه فإن تصميم إجراءات مكثفة لقياس النواتج الاجتماعية والانفعالية للطالب يمكن أن تكون بمثابة محاولة جادة يقوم بها المعلم، أو استشاري التربية الخاصة ، أو حتى فريق المنهج التابع لمركز التطوير في الادارة التعليمية . ويمكن أن تشمل هذه المهمة إعداد منهج خاص بمحتوى وتنظيم مناسب للأهداف والمهارات . ولحسن الحظ، فإن بعض البرامج الحالية توفر الأسس لتقييم النواتج السلوكية والانفعالية، برغم أنها قد تتطلب اجراء تعديلات عليها في مواقف وظروف أخرى .

ومن بين هذه المناهج : برامج تدفق المهارات والعلاج النمائي Skillstreaning and Developmental Therapy واللذان سوف نناقشهما في الجزء الثاني من الكتاب . فبرامج تدفق المهارات صممت للطلاب الكبار (جولد شيتن وأخرون Goldstein et al ، ١٩٨٠) وأطفال المرحلة الابتدائية أيضا (ماج جينيس وجولدتشتين McGinnis and Goldstein ، ١٩٨٤) . فقبل أن نبدأ تعليم الطفل المهارات الاجتماعية ، يتم تقييم قدرته الحالية على أداء سلوكيات معينة تقع ضمن تصنيفات عدة ، وذلك وفقا لمقاييس ذات محكات مرجعية. ففي مجموعة المهارات المتعلقة بالمشاعر مثلا ، ويقوم المعلم بتقدير مهارات التلميذ كالاعتذار ، ومعرفة المشاعر الخاصة ، والتعبير عن التعاطف.

أما برنامج العلاج النمائي (وود Wood ، ١٩٧٥، ١٩٨٦) فيتضمن تقييم المهارات في أربعة مجالات : السلوكي ، والاجتماعي، (وما قبل) الأكاديمي والتواصل ؛ حيث رتبت مهارات معينة في كل مجال بشكل متسلسل في خمس

مراحل نمائية وتقاس كل مهارة وفقا لمحك أداء محدد . وتسبق المهارات الأكثر سهولة المهارات المتقدمة والأكثر تعقيدا . ففي مجال السلوك على سبيل المثال " يستجيب عن طريق الانتباه " يمثل الهدف الأول للمرحلة ، في حين " إكمال المهمات الفردية ضمن مجموعة " يمثل هدف المرحلة ٣ ، ويشارك في ادارة المجموعة نفسها " يمثل هدف المرحلة ٥ " .

وتوضع نتائج التقييم المرحلي لأداء الطالب للمهارات في المجالات الأربعة في نموذج يقدم صورة عامة للنمو . وقد تم التوسع في التقييم النمائي حيث بدأ استخدامه مع الكبار (Braaten ، A١٩٨٢ ، ١٩٨٢) .

مقاييس العمليات

تساعدنا مقاييس العمليات على فهم تغير السلوك في علاقتها مع الظروف البيئية كجهود التدخل العلاجي . وتستخدم في قياس تقدم الطالب ضمن فترة زمنيه قصيرة لمعرفة ما إذا كان التغير مرتبطا بالتدخلات العلاجية ، وفي تقديم معلومات حول كيف يجب أن تتحول الجهود العلاجية . وتعتبر ملاحظة السلوك أكثر أدوات تقييم العملية استخداما . ويحتاج معلمو الطلاب المضطربين سلوكيا إلى امتلاك مهارات متنوعة لأساليب الملاحظة المباشرة لتدعم الأنواع الأخرى من معلومات مراقبة السلوك التي تم جمعها من خلال المقاييس القبلية – البعدية ، ومقاييس النواتج . ويجب أن يكونوا قادرين على استخدام الملاحظة بفاعلية . ويتضمن الجزء الثاني من الكتاب مناقشة اضافية لاستخدامات وتصميم أساليب الملاحظة ، وكذلك في مراجع مثل (كارورايت وكارورايت Cartwright and Cartwright (١٩٨٤) و وينبرج وود Weinberg and Wood ، (١٩٧٥) .

ولقد صدق لاعب البيسبول السابق يوجي بيرا [Yogi Berra) حين قال "تستطيع أن تلاحظ كثيرا عن طريق المراقبة " فإذا تمت المراقبة من قبل عين مدربه ووضعت وخطط لها جيدا ، فهناك مصداقية لعبارته . ونفرق عادة بين المراقبة والملاحظة من حيث عدم رسمية الأولى ، والطبيعة الرسمية والتنظيمية للثانية . وتوجد عدة أشكال من الملاحظة الرسمية المناسبة لمراقبة السلوك ، ومن تلك الأشكال : اليوميات ، وتسجيل الأحداث ، وسجلات العينات ، ومعلومات النظام الرمزي، والعد المتكرر ، وإجراءات العينات الزمنية .

الملاحظات اليومية

يعتبر تدوين الملاحظات اليومية أحد أنماط الملاحظة ، حيث يستخدم المعلم هذا الإجراء يوميا بشكل منتظم وذلك بتسجيل الأحداث والخبرات التي يشترك فيها الطالب او مجموعة من الطلاب . ويمكن لهذه اليوميات أن تقدم تسجيلا مستمرا للتغيرات في سلوك الفرد والمجموعة كما يشاهدها المعلم . والنقد الموجه لهذه اليوميات في أنها إنتقائية ونوعية بدرجة كبيرة في انتباهها للأحداث التي تقع . وتميل إلى التركيز على السلوكيات الدالة ، وتعطي أوصافا عامة للسلوك تجعل من الصعوبة تحديده بشكل دقيق . ولكنها مع ذلك تصلح لأن تكون مرجعا مفيدا لتغير السلوك مع مرور الوقت وذلك إذا ما تم ملاحظة أنماط معينة من السلوك الذي يحتاج للملاحظة وتسجيلها بشكل مستمر من يوم لآخر .

سجل الأحداث

غالبا ما تكون هناك أنماطا معينة من سلوك الطالب ذات أهمية خاصة للمعلمين والمعالجين الآخرين . فنوبات الغضب ، والمشاحنات والصراخ أمثلة على سلوكيات قد تحدث عادة ، ولكنها قد لا تكون مثار تركيز جهود علاجية. فالأوصاف المكتوبة لمثل هذه الأحداث كما تحدث يمكن أن يكون طريقه مفيده لفحص الظروف البيئية التي تسبق (السوابق) والأحداث التالية (اللواحق) للسلوك . ولقد اقترح سوجاي Sugai (١٩٨٥) بأن يتابع المعلمون هذه الأحداث الخطرة لفترة طويلة ويسجلون مثل هذه الأحداث . فقد تكشف بأن نوبات الغضب لدى الطالب على سبيل المثال يسبقها عمل يقوم به بشكل مستقل ، أو قد تشير إلى أن الطالب يتلقى انتباها كبيرا من قبل الآخرين ولا يكمل المهام المكلف بها بعد بكائه . إن سجلات الأحداث الهامة يمكن أن تقود إلى إجراء تعديلات في الظروف السابقة واللاحقة وذلك بهدف التأثير على الأنماط السلوكية، وتقدم أيضا نمطا آخر من التسجيل للتغير المستمر في السلوك .

تسجيل عينات السلوك

يهدف هذا الاجراء إلى توفير سجل مكثف وموضوعي لجميع سلوكيات الفرد خلال فترة معينة من الزمن . وفي أسلوب مراقبة السلوك هذا ، لا يركز الملاحظ فقط على سلوكيات معينة ، ولكنه يقوم بتسجيل جميع السلوكيات اللفظية وغير اللفظية ، والتفاعلات الاجتماعية التي يشارك فيها الطالب المستهدف كما تحدث . ويحاول الملاحظ استبعاد التفسيرات والتقييم وكذلك الأحكام حول السلوك. وتستمر الملاحظات لوحدات زمنيه سبق تحديدها ، وتستمر لمدة خمس عشرة أو

عشرين دقيقة . ويتم اختيار الأوقات والظروف بحيث ستكون عينات ممثلة لسلوك الطالب . ومن ثم تستخدم السجلات السردية (القصصية) المكتوبة لتحليل وتفسير سلوك الفرد في الاطار البيئي. وإذا ما تم فصل السجل الموضوعي عن التفسير ، فإن ذلك سوف يساعد المعالج على تجنب وضع أفكار مسبقة حول كيف يسلك الطالب ، ولماذا يسلك هكذا .

ويمكن أن تكون سجلات العينات Specimen records ذات فائدة كبيرة للكشف عن العوامل البيئية التي تؤثر في سلوك الفرد. ويمكن أن تسهم في الكثير من خطوات التقييم، وتخدم في توثيق التغيرات السلوكية مع مرور الوقت ز وتساعد في التعرف على السلوكيات المضطربة ، وفهم كيف يمكن أن تؤثر المتغيرات البيئية في سلوك الفرد ، وتوضح كيف يمكن تعديل العوامل البيئية لتؤثر في سلوك الفرد .

معلومات النظام الرمزي

لقد طورت ملاحظة سلوكيات معينة إلى استراتيجية إدارة سلوك وأطلق عليها الاقتصاد الرمزي Token economy (انظر الجزء الثاني من الكتاب) . ويحدد الاقتصاد الرمزي أنشطة معينة مساوية لرموز أو نقاط يتم الحصول عليها عند إظهار السلوكيات المرغوبة ، ومن ثم تستبدل لاحقا بمكافآت على شكل أشياء أو أنشطة . وتمنح هذه النقاط للطلاب مكافأة على أداء تلك السلوكيات المرغوبة ضمن فترات زمنية محدده (مثل . كل عشرة دقائق ، كل ساعة) . وعادة ما تسجل النقاط على بطاقات للتسجيل اليومي ، بحيث تستخدم المعلومات التي يتم تجميعها من خلال تلك البطاقات في رسوم بيانيه توضح التغير في السلوك مع مرور الوقت .

ويمثل نموذج التسجيل الرمزي الوارد في الفصل الأول من الجزء الثاني (مربع رقم ١-١) مثالا لأحد أشكال التسجيل الّذي يمكن أن يستخدم في مراقبة السلوك الأكاديمي والاجتماعي للطالب الذي تم دمجه في برامج الصف العادي . وباستخدام هذا النموذج ، يقوم المعلم بتقدير سلوك الطالب الأكاديمي والاجتماعي طبقا لمحك سبق تحديده وذلك في نهاية كل حصة من الحصص الدراسية . ويتم تجميع النقاط يوميا وأسبوعيا ، ومن ثم تلخيص التقديرات على شكل رسوم بيانية. وتتمثل الفائدة من عملية القياس هذه في خدمة وظائف متعددة ، إذ توفر نظاما لضبط السلوك ، وتخدم كبطاقة تقرير يوميه ، وهي بمثابة سجل مستمر لأداء الطالب .

الملاحظة المباشرة المنظمة

تساعد الأشكال المتعددة للملاحظة المباشرة المنتظمة في مراقبة التغير السلوكي . فالاجراءات التي يمكن اتخاذها هي عبارة عن أدوات تقييم ثابتة ، ومناسبة ، وممثلة . أما بعض أشكال الملاحظة التي تتضمن إجراءات معقدة ، وتحتاج إلى وقت وتدريب كبير فيصعب على المعلمين ممن لديهم مسئوليات أخرى تجاه الطلاب الآخرين القيام بها بشكل مناسب . ومع ذلك فإن كثيرا من أساليب الملاحظة المباشرة تستخدم من قبل معلمي الصف العادي ومعلمي التربية الخاصة ، ومرة أخرى ، نوجه القارئ إلى الجزء الثاني من هذا الكتاب (الفصل الأول) الذي يناقش الملاحظة في إطار التدخلات السلوكية .

أما العد المتكرر Frequency count فيتطلب أن يقوم المعلم أو الملاحظ ببساطة بحساب عدد مرات حدوث سلوك تم تعريفه بدقة (إجرائيا) ضمن فترة

من الزمن . ويصلح العد المتكرر لمراقبة سلوك له بداية ونهاية محددة (مثل رفع اليد ، يسأل سؤالا ؛ يترك من المقعد) . ويمكن تسجيل سلوك واحد ، أو عـــدة سلوكيات على صفحة بيانيه، ويعتبر مربع رقم (٣-٦) مثالا للعد المتكرر لسـلوك الكلام الصادر عن خمسة طلاب تمت ملاحظتهم خلال درس قراءة واحد . ونظـروا لأن فترات الملاحظة ليست متساوية دائما من حيث الطول؛ فالتسجيلات المتكـورة يمكن أن يتم تحويلها إلى نسبة أو معدل . ففي مثالنا تكلمت "لي" ست مرات خلال فترة ثلاثين دقيقة ، وهكذا فإن نسبة كلامها كانت ٠,٢ فـــي الدقيقـة الواحـدة ٦÷٣٠= ٠,٢ .

وتعتبر العينة الزمنية Time Sampling نمطا للملاحظة المباشرة التي تدمـــج مقومات العد المتكرر مع قدرات إضافية . وتشتمل علـــى ملاحظـــة عـــدد مـــن السلوكيات لفترة محدده من الزمن ثم تجزئتها إلى فترات زمنية قصيرة نســـبيا ، وعادة ما تكون عبارة عن ثوان قليلة ، فكلما كانت الفترة أقصـــر كلمـــا كـــانت المعلومات أكثر دقة ، ذلك لأن بعض السلوكيات قد تحدث أكثر من مـــرة خـــلال الفترات الأطول . وكثيرا ما تستخدم فترة الستة ثواني لســـبب أن طولـــها كـــاف لمراقبة وتسجيل السلوك ، وتبقى في الوقت نفسه قصيرة لتحد من عدد المـــرات التي قد يحدث فيها السلوك. ويتم تقسيم دقيقة الملاحظة أيضا إلى عشرة فترات ، مما يسهل حساب نسبة حدوث السلوك .

مربع رقم (٣-٦) العد المتكرر					
السلوك : الكلام			التاريخ : ٨٨/٣/١٨		
المهمة : حصة القراءة			الوقت : ٩:٤٠ - ١:١٠		
مات	جو	لي	روبرت	نانسي	مارك
III		I IIII	III	I	

يستخدم الإزعاج (الفوضى) Noise كمثال لسلوك واحد يلاحظ باستخدام إسلوب العينة الزمنية(تجزئة الوقت إلى وحدات زمنية قصيرة) كما يظهر ذلك في المربع (٣-٧) . حيث تم تجزئة فترة ملاحظة مقدارها ستين ثانية إلى عشرة وحدات بواقع ست ثواني لكل وحدة . وفي كل مرة يقوم الطالب "جريج" باحداث ازعاج ، يقوم الملاحظ بوضع اشارة في المكان المناسب . فالتسجيل الناتج لا يخبرنا فقط عن عدد المرات (أربعة) التي احدث فيها "جريج" ازعاجا . ولكن عدد مثل هذه العينات قد يعطي صورة جيدة لسلوك الطالب في احداث الازعاج والفوضى .

إن إجراءات العينة الزمنية قد تستخدم لملاحظة طالب واحد، أو ملاحظة طالب مع طالب آخر أو الأقران وذلك بهدف المقارنة، أو ملاحظة عدة أفراد في مجموعة ما . وحين نلاحظ أكثر من طالب معا قد تتعاقب الملاحظات بين الطالب المستهدف والأقران الذين تم اختيارهم خلال كل فترة زمنية . ولتبسيط الاجراء قد

يلاحظ المعلم الطالب المستهدف خلال وحدة الزمن كاملة (من مثل دقيقة واجدة) . ومن ثم يلاحظ الزميل الآخر لنفس الفترة الزمنية ؛ ثـــم يعـود إلـى الطـالب المستهدف، ومن ثم يكرر هذا التسلسل المتعاقب مستخدما طلاب مختلفيـن مـن الأقران . فإذا تم ملاحظة عدة سلوكيات، فيمكن استخدام رموز بسيطة (مثـل س = الكلام ، ص = يترك المعقد) .

مربع رقم (٣-٧) ملاحظة عينة الزمن

الطالب موضع الملاحظة : "جريج " التاريخ ١٩٨٨/٢/٣

السلوك : الازعاج (الهمهمة ، النقر (الضرب) على المقعد ، تمزيق الورق .

الوقت : أداء عمل بشكل استقلالي أثناء جلوسه في المقعد ، الفترة الرابعة دقيقة واحدة للملاحظة (٦ ثواني لكل فترة) .

			✓	✓	✓	✓				٤ المجموع

وقد استخدم دينو وميركن Deno and Mirkin (١٩٧٧) فـي كتابـهم حـول تعديل البرنامج بالاعتماد على المعلومات القاعدية اجراء العينة الزمنية لتسـجيل أربعة أنماط من السلوكيات التي تعتبر ضمن السلوكيات غير المرغوبة في غرفـة الدراسة . وتتمثل تلك السلوكيات في الإزعاج (مثل الكلام ، والنقر بقلم رصاص) وسلوك ترك المكان (من مثل الغياب غير المبرر عن المكان المحدد) والاتصـال الجسمي (مثل ، الضرب ، والتمزيق ، والرفس ، والكلام) وسلوك ترك المهمـة (مثل : الانشغال بشيء آخر كالرسم بالقلم أو الخربشة) فوقت الملاحظة يمكـن تجزئته إلى عدة فترات زمنية قصيرة كالثواني. وللحصول على عينة ممثلة مـن سلوك الطالب اقترح دينو وميركن ملاحظة الطالب المستهدف في البدايـة لمـدة

تتراوح ما بين ١٠ إلى ٣٠ دقيقة في اليوم ولمدة تتراوح ما بين خمسة إلى سبعة أيام . وتتم ملاحظة طلاب آخرين مشاركين في نفس الموقف والنشاط وذلك بنفس الطريقة التي تم وصفها . ويتم جمع المعلومات التي نحصل عليها من خلال الملاحظة لتحديد النسبة المئوية للزمن الذي يحدث فيها السلوك من قبل كل من الطالب المستهدف وأقرانه . ومن هذه المعلومات . يمكن حساب نسبة التباين لمقارنة الطالب المستهدف مع أقرانه . فعلى سبيل المثال، قد نلاحظ أن الطالب المستهدف يركزعلى المهمة ما نسبته ٢٠% من الوقت، في حين يقضي الأقران في المهمة ما نسبته ٨٠% من الوقت . وهكذا يقضي الطالب المستهدف في المهمة ربع الوقت الذي يقضيه بقية الأقران .

إن مثل هذه المعلومات قد تسهم في اتخاذ قرارات حول الحاجة للعلاج. ولقد اقترح فورنس Forness (١٩٧٩) أنه في حالة ما إذا انخفض مجموع النسبة المئوية لسلوك الطالب الإيجابي عن نسبة ٧٠% ، فإنه قد يكون معرضا لمشكلات سلوكية خطيرة ، وتكون هناك حاجة للتدخل العلاجي إذا انخفضت النسبة عن ٥٠% . وهناك قاعدة أخرى لتحديد الحاجة إلى العلاج تتضمن مقارنة نسبة السلوكيات غير المرغوبة للفرد بأولئك الأقران في أوضاع مشابهة . فإذا كان سلوك الطالب الإيجابي أو المرغوب يقل باستمرار عن نصف أقرانه ، أو إذا ما كان سلوك الطالب السلبي أو غير المرغوب يزيد باستمرار من ضعفي سلوك أقرانه فقد يكون ذلك تباينا كافيا يحتاج معه إلى العلاج. ومع أن هذه عبارة عن إرشادات يجب أن تؤخذ بالاعتبار إلى جانب معلومات التقييم الأخرى ، إلا أنها توفر محكا يمكن أن يساعد في اتخاذ القرار .

وقد تستخدم المعلومات المترتبة على العينة الزمنية أيضا لتقييم فعالية الأساليب العلاجية كما يظهر ذلك من خلال قياس التغير في السلوك . وعلى سبيل

المثال ، فقد يزداد سلوك الطالب المستهدف في البقاء (الاستمرار) على المهمة والذي تتم ملاحظته من ٢٠% إلى ٥٠% خلال مرحلة العلاج . وقد تشير هذه المعلومات إلى أن الإجراء العلاجي قد حقق الآثار المرغوبة .

وقد أعد فرانك وود إجراء العينة الزمنية أطلق عليه جدول ملاحظة الأفراد Pupil Observation Schedule (POS) لقياس كل من سلوك الطالب الإيجابي والسلبي . وقد تم تحديد السلوكيات الإيجابية على النحو التالي :

- البقاء (الاستمرار) على المهمة
- البقاء في المقعد
- الابتداء بالتعبير اللفظي
- الاستجابة بطريقة لفظية
- التلميحات أو التعبيرات
- الاتصال الجسمي

أما السلوكيات السلبية في الجانب الآخر فهي :

- ترك المهمة
- ترك المقعد
- الاعتراض المؤدي للازعاج
- الكلام المؤدي للازعاج
- الابتداء بالتعبير اللفظي

- الاستجابة بطريقة لفظية غير مرغوبة
- التلميحات أو التعبيرات
- الاتصال الجسمي

وهناك أيضاً احتمال " رفض التفاعل" . ويشتمل برنامج ملاحظة الأفراد (POS) تعريفات اجرائية وامثلة لكل نوع من أنواع السلوك . فالتلميح أو التعبير اللفظي على سبيل المثال يعني التلويح بقبضة اليد، أو التهديد أو التعبير عن عدم الموافقة موجهاً ذلك لشخص آخر . ويجب أن يستمر التلميح أو التعبير لمدة أربع ثوان على الأقل حتى يتم تسجيله .

وتتم ملاحظة السلوكيات في برنامج ملاحظة الأفراد (POS) خلال عشرين فترة تتألف كل منها من ٣٠ ثانية . فالسوكيات الثلاثة الأولى (جالساً في المقعد وخارجاً منه ، على المهمة وبعيداً عنها، والاعتراض واللفظ المؤدي للازعاج) تسجل خلال الثواني العشرة الأولى من كل فترة . أما السلوكيات الأخرى فتسجل حال حدوثها خلال الثواني العشرين التالية . ويتم التعبير عن كل مرة يحدث فيها السلوك بوضع إشارة في المربع المناسب (انظر مربع ٣-٨) .

ولا حاجة لأن تكون إجراءات الملاحظة معقدة ، حتى مع اجراء مثل برنامج ملاحظة الأفراد (POS) والذي يشتمل على تصنيفات سلوكية متعددة ، والتي نادراً ما يتم ملاحظتها معاً خلال جلسة ملاحظة واحدة .

مربع رقم (٣-٨) برنامج ملاحظة الأفراد (نموذج ب)

الملاحظ					التاريخ					
وصف الطالب الملاحظ										
وصف الأشخاص الآخرين في الموقف										
وصف الموقف والنشاط (خلال فترة ١٠ دقائق)										
يركز على المهمة										
يجلس في المكان										
تفاعل لفظي ايجابي										
تفاعل										
تفاعل المعلم										
الازعاج										
تفاعل لفظي سلبي										
اتصال حجمي سلبي										

وتتطلب الملاحظة المنظمة في بعض الأحيان المساعدة من شخص آخر غير المعلم الذي يعمل بفاعلية مع الطلاب ، ومن الملاحظين المحتملين معلم المصادر والمعلم المستشار ، ومساعدي المعلم المدربين .

ويستطيع المعلم أن يقوم بالملاحظة أثناء جلوسه أو اثناء التنقل في غرفة الدراسة ، وتتطلب إجراءات الملاحظة المنظمة التخطيط ، والتدريب والخبرة ، والاعداد . ويمكن أن تساعد في توفير الوقت والجهد ، وذلك حين توفر الملاحظات معلومات حول كيف يرتبط السلوك بالمؤثرات البيئية .

ملخص

تعتبر إجراءات التقييم الصحيحة أساسية لفهم الاضطرابات السلوكية وعلاجها . ونحن نحتاج لأساليب التقييم لدراسة الأطفال بشكل فردي ، ولفحص التأثيرات داخل حياة الطفل التي تؤثر في سلوكه ، ولفهم أفضل للتفاعلات بين الأطفال وبيئاتهم ؛ وبالتالي ، أكدنا على التقييم من وجهة نظر بيئية . وقد فحصنا التقييم في ضوء كيف يمكن أن يساعدنا في اتخاذ القرارات حول طبيعة ودرجة انحراف الطفل ، وحول تكيف الطلاب المضطربين ، وحول الأهلية لبرامج التربية الخاصة ، وحول التدخلات العلاجية المناسبة ، وحول أثر تلك التدخلات العلاجية .

وتعتبر قضايا التقييم مكملة لفهمنا للأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، ولتصميم وتقييم التدخلات العلاجية التي تم مناقشتها عبر الفصول المتبقية من هذا الكتاب . وسوف نوجه اهتمامنا في الفصول الأربعة القادمة للأشكال الأساسية للسلوك المضطرب والمتمثلة في مشكلات الشخصية (الفصل الرابع) والاضطرابات الأخلاقية (الفصل الخامس) والاضطرابات النمائية العامة (الفصل السادس) وتفاعل الاضطرابات السلوكية وصعوبات التعليم (الفصل السابع) . ويشتمل التقييم على تلك الاستراتيجيات المطلوبة التي نوقشت في هذا الفصل وكذلك الاستراتيجيات المناسبة لتلك الأنماط من الاضطرابات . وفي فصل التدخلات السلوكية (الفصل الأول من الجزء الثاني من الكتاب) والتدخلات النفسية التربوية (الفصل الثاني من الجزء الثاني من الكتاب) والتخطيط التربوي الفردي وايصال الخدمة (الفصل الثالث من الجزء الثاني) سوف نشير باستمرار لمحتوى هذا الفصل وذلك عند إعداد برامج التدخل للطلاب المضطربين سلوكياً وتنفيذها .

الباب الثاني

أنواع معينة من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين

تتضمن الفصول الأربعة التي يشملها هذا الباب مدخلاً لمشـــكلات الأطفـــال والمراهقين المضطربين سلوكياً . وفي هذه الفصول يتم التركـــيز علـــى نتـــائج التقييم، والأبحاث، والملاحظات الكلينيكية التي تم استعراضها في الباب الأول كمـا تظهر في صورة اضطرابات ســـلوكية مختلفـة تشـمل مشـكلات الشـخصية ، والاضطرابات الأخلاقية ، والاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) ، والمشـــكلات التعليمية الخاصة .

وسوف نستعرض في هذه الفصول خصائص وأسباب مشـــكلات الأطفـــال والمراهقين بشيء من التفصيل . فالدراسة المفصلة لبعض المشـــكلات الخاصـــة بالأطفال والمراهقين تمثل معبراً يصل بنا إلى بعض المجالات العلمية الأخـــرى ؛ من خلال دراسة مصطلحات ومفاهيم علم النفس والطب النفسي . وقد تم تنظيـــم كل فصل بصورة مختلفة إلى حد ما عن الفصول الأخرى نظراً للطبيعة الخاصـــة لكل مشكلة من المشكلات التي نستعرضها ؛ بيد أنها جميعاً تشترك بصورة عامـة وتتكامل في تحقيق هدف مبدئي أساسي يتضمن دراسة مشكلات معينـــة . لذلـــك يتناول كل فصل مثلا أدلة وأعراضا معينة لفهم كيـــف ترتبـــط تلـــك المظـــاهر بالعوامل المسببة لها في النظام البيئي المحيط بالطفل . وغالبا ما يتطلـــب ذلـــك الإشارة إلى نظريات النمو التي سبقت مناقشتها، أو تلك الأبحاث التـــي تنـــاولت التفاعل الأسري . وبهذه الطريقة تصبح المناقشات المجردة التـــي تمـــت خـــلال الفصول السابقة ذات معنى من خلال تطبيقها في دراسة مشكلات محددة .

وأخيرا فإن كل فصل من الفصول التي يتضمنها هذا الباب يوفـــر صـــورة موجزة لوجهات النظر التي تستند إليها أساليب التدخل التي سوف نناقشـــها فـــي الجزء الثاني من هذا الكتاب .

الفصل الرابع

مشكلات الشخصية لدى

الأطفال والمراهقين

مقدمة

غالباً يصعب التعرف على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الشخصية نظراً لأن معاناتهم عادة تحدث في صمت . فهم لا يبدون مختلفين أو مزعجين بالنسبة للمعلمين وإدارة المدرسة، كما أنهم لا يمارسون سلوكيات خطيرة أو مدمرة . وهم عادة يميلون إلى الهدوء والتواضع وتجنب التوتر أو الإزعاج . وقد يميلون أحياناً إلى الاستبداد البسيط في سبيل الحفاظ على الأمان والأمن في المنزل ، وقد يغضبون بسهولة إذا لم تستمر الأشياء حولهم على حالتها ، وينزعجون كثيراً إذا تم تكليفهم بواجبات مدرسية صعبة، ويخشون الأطفال الآخرين ، أو يميلون إلى الحذر من المخاطر حتى لو كانت بسيطة .

وقد يتم ملاحظة مشكلاتهم فقط نظراً لتدني مستوى أدائهم المدرسي بصورة كبيرة لا تتناسب مع قدراتهم أو طاقاتهم العقلية . وقد يبدد الأطفال الذين يعانون من مشكلات شخصية حادة طاقاتهم في الانزعاج، أو الخجل، أو عدم الشعور بالأمن ، أو المرض العصبي ، أو الاكتئاب، ومن ثم لا يبقى لديهم سوى القدر اليسير من الطاقة لممارسة الأنشطة العامة الخاصة بالأطفال ، أو حتى الدراسة . ورغم أن الوالدين قد يشعرون بوجود شيء غير عادي لدى الطفل إلا أنهم يميلون إلى الاعتقاد بأنها مجرد مشكلة بسيطة تتعلق بمرحلة النمو وسوف تنتهي مع الكبر . وفي نفس الوقت قد يحاول المعلمون تجنب الأطفال الذين لا يتميزون بموهبة ملحوظة وأولئك الذين لا يثيرون مشاكل كثيرة في غرفة الدراسة .

وفي بعض الحالات قد يحاول الأطفال ذوي اضطرابات الشخصية التعبير عما بدا لهم من صراعات، ومخاوف ، واكتئاب بطرق أكثر إزعاجا وتدميرا . وقد يتعرضون لنوبات من الانطواء يعقبها مباشرة فترات من الثورة ، والبكاء ،

والغضب ، والفرار . وقد يحاولون التعبير عن الاكتئاب أحياناً من خلال اتهام أنفسهم بغضب أو توجيه اللوم للآخرين – مثل الوالدين أو المعلمين _ بصورة غير منطقية لأي خطأ يتعرضون له . وقد يتحدث هؤلاء الأطفال أحياناً عن الانتحار وربما يقدمون عليه .

القلق كخاصية عامة

يعد القلق أحد الخصائص البارزة المضمرة في نفسية الأطفال أو المصاحبة لاضطرابات الشخصية لديهم . ويمتد القلق في شدته من عدم الشعور بالارتياح حيال المستقبل ، إلى الشعور بالفزع غير المحدد من شيء ما حاد قد يحدث ، وقد يصل إلى شعور الفرد بآلام تعوقه عن ممارسة الحياة بصورة عادية، وهكذا فقد يتخلل القلق جميع جوانب حياة الطفل . وقد يقضي الأطفال ذوي مشكلات الشخصية جزءاً كبيراً من اليوم منزعجين خوفاً من عدم القدرة على مواجهة أعباء العمل المدرسي ، أو ما إذا كان الأطفال الآخرون سوف يتقبلونهم، أو ما إذا كان المعلمون سوف يتفكرون بأنهم أغبياء ، أو ما إذا تعرض الوالدان للوفاة فجأة . وغالباً ما يتسم معظم هؤلاء الأطفال بعدم الراحة حتى في نومهم ؛ حيث يتعرضون للكوابيس ، وعدم النوم العميق ، والخوف من الظلام ، وكثير من التوترات غير المحددة .

وجدير بالذكر أن كل ما سبق لا يعني القول بأن الأطفال ذوي مشكلات الشخصية يعيشون في تعاسة تامة ؛ فجميع الأطفال يلعبون ، ويضحكون ، وينسون أنفسهم مع اللعب، ويشعرون بالحب نحو الأفراد المهمين بالنسبة لهم . بيد أن هؤلاء الأطفال يتعرضون كثيرا لفترات من الخوف حيال المستقبل ومن عدم القدرة على تحمل أعباء الحياة .

خصائص إضافية

غالباً ما يشترك الأطفال والمراهقون في عدد من الخصائص السلوكية والاتجاهات فضلاً عن تعرضهم للقلق الشديد المزمن . ورغم أهمية أن نتذكر دائماً أن كل طفل يُعد حالة فريدة في احد ذاته ، إلا أننا لا نغفل أيضاً حقيقة وجود بعض الخصائص التي تضم اتجاهات ، وسمات ، وسلوكيات تكون أنماطا عامة يمكن تمييزها بين الأطفال ، لكنها عرضة للفروق الفردية بينهم وتشمل هذه الخصائص على سبيل المثال ما يلي :

الجُبن Timidity

يميل الأطفال الذين يعانون من مشكلات الشخصية إلى الجبن المستمر في تعاملهم مع الآخرين ومع مهام الحياة المختلفة . وهم يتسمون بالخجل ، والدعة ، وعدم الثقة بالنفس، وعدم الإيجابية نظراً لخوفهم من شر مرتقب قد يحدث نتيجة ردود الفعل السلبية من قِبل الآخرين . وبالتالي فبدلاً من أن يقدمون على طلب ما يحتاجون إليه أو يرغبونه ؛ نجدهم يجلسون في صمت وبرود آملين أن يحس أحد آخر برغباتهم واحتياجاتهم ، وفي نفس الوقت فهم متشائمون عادة حول احتمالات حدوث ذلك . وفي حالة ما إذا لاحظ أحد ما احتياجاتهم وحاول تلبيتها فإنهم يظلون يشعرون بالحزن والامتعاض لأن ما حصلوا عليه اقل بكثير مما كانوا يتمنون الحصول عليه . ومن جهة أخرى فقد يشعر بعض هؤلاء الأطفال بالذنب الواضح دون مبرر بسبب إشباع حاجاتهم ورغباتهم مما يجعلها عديمة القيمة .

وحتى أولئك الأطفال الذين ينظرون إليـــهم باعتبـــارهم يتســـمون بـــالدلع، والأنانية ، والحماية الزائدة فغالبا ما يحاولون التعبير عما يشعرون به من صراع في صورة التأرجح بين كثرة المطالب ، والغضب، والشعور بالذنب . ومرة أخرى فإن حصولهم على ما يريدون فقط يزيد من شعورهم بالضعف أو عدم القدرة على المواجهة مثلما ينظرون إلى الآخرين باعتبارهم مسئولين عن رعايتهم والعنايـــة بهم .

الحساسية الزائدة Hypersensitivity

يتميز الأطفال الذين يعانون من مشكلات الشخصية غالبا بالحساسية حيـــال أي تغير ولو طفيف في تفاعلاتهم العادية مع الآخرين . وقـــد تنتابـــهم مشـــاعر الضيق والإزدراء بسهولة ، وغالبا يحاولون البعد عن أي تعامل مع الآخريـــن إذا شعروا بإمكانية تجاهلهم أو رفضهم لهم ولو بصورة طفيفة، وبدلا مـــن محاولـــة المرور بخبرة الألم الانفعالي، نجدهم يتقهقرون بصورة طفولية حتى من احتمـــال التعرض للألم أو الضيق، ومن ثم يخفقون في تعلم كيفية إظهار قدرتـــــهم علـــى المواجهة أو تكوين علاقات مقبولة مع الآخرين.

الخجل Self-Consciousness

تؤدي الحساسية حيال ردود أفعال الآخرين غالبا إلى شعور هؤلاء الأطفـــال بالخجل بصورة غير مناسبة ، وسهولة الارتباك . وبدلا من المخـــاطرة باحتمـــال تعرضهم للحماقة أو الكيد، فإن هؤلاء الأطفال يحاولون تجنب عمـــل أي شـــيء

جديد، أو الذهاب إلى أماكن جديدة ، أو مقابلة أناس جدد دون صحبة وحماية الوالدين لهم . ويفضلون الجلوس مزويين في غرفة الدراسة بدلا من احتمال تعرضهم لقول المعلم بأن اجاباتهم خطأ ، أو سماع تعليقات سخيفة من زملائهم . وقد ينظر إلى الأطفال ذوي المشكلات الشخصية أحيانا باعتبارهم يتسمون بالخجل الشديد . وغالبا لا يمكنهم الاستجابة حتى للتحية البسيطة ، ويستحيل عليهم التفكير في محاولة إنشاء علاقة تلقائية مع الآخرين .

التشاؤم Pessimism

كما لاحظنا سابقا فإن الأطفال ذوي مشكلات الشخصية غالبا ما يفقدون الأمل في إشباع حاجاتهم أو أن الآخرين سوف يستجيبون لهم بايجابية، ومن جهة أخرى فقد يميلون إلى توقع كل ما هو سيء من الآخرين ومن الحياة عامة . وغالبا يستسلم هؤلاء الأطفال لتوقعاتهم بأن أي شيء يمكن أن يحدث خطأ لابد وأن يكون كذلك ، ومن ثم لا يمكنهم الاستمتاع بكثير من الأحداث الإيجابية لأنهم يتوقعون دائما حدوث شيء يفسد ذلك الاستمتاع . وفي كثيرا من الحالات فإن سلوكهم قد يعرضهم لكثير من الاحباطات ؛ حيث يؤدي ما يشعرون به من تشاؤم إلى تجنب الأقدام أو المثابرة الإيجابية ومن ثم لا يسعون إلى تحقيق أهدافهم . وهذا بدوره يدعم شعورهم بأنه لا يوجد أي شيء في الحياة يسير نحو الأفضل مطلقا . وبصورة عامة فإن الحزن ، ولوم النفس، واليأس تعد مكونات أساسية في حياة الأطفال ذوي مشكلات الشخصية .

الخصائص في مقابل الأعراض

لقد استعرضنا فيما سبق عددا من السمات التي تميز الأطفال ذوي اضطرابات الشخصية ، ومع ذلك فإننا يجب أن نأخذ في الاعتبار أن الخصائص ليست مرادفة للأعراض . فرغم أن الجبن ، والحساسية الزائدة ، والخجل، والتشاؤم تعد خصائص تميز الأطفال ذوي مشكلات الشخصية ، إلا أنها تنتشر أيضا بين أفراد آخرين غيرهم قد لا يعانون من تلك المشكلات . لكن حين تبدأ تلك الخصائص في التأثير على عادات الطفل العادية، وقدرته على الشعور بالراحة ، وإقامة علاقات متبادلة مثمرة مع الآخرين ، ووصوله إلى مستوى أداء دراسي يتناسب مع قدراته العقلية ، وشعوره بالقدرة على مواجهة المستقبل، هنا يمكن القول بأن هذا الطفل يتعرض لمشكلات تتطلب تدخل الكبار من المسئولين عن رعايته .

أسباب مشكلات الشخصية

يبدو أن هناك مجموعة كبيرة من العوامل المعقدة التي تسبب مشكلات الشخصية تشمل الوراثة والخصائص العضوية ، بالإضافة إلى الخبرات البيئية التي تؤثر على الطفل سواء في الأسرة ، أو المدرسة ، أو الحي ، أو المجتمع ككل . ومن وجهة النظر البيئية فإنه توجد كثيرا من العوامل ذات التأثيرات المتبادلة في النظام البيئي الذي يعيش فيه الطفل، وبالتالي فهو يعد بؤرة لتأثير تلك القوى مجتمعة . وسوف نستعرض فيما يلي بعض مسببات مشكلات الشخصية ، وإذا كنا سوف نناقشها بصورة منفصلة فإن ذلك يتم من أجل الدراسة وإبراز بعض الجوانب المهمة في كل منها فقط . ولكن يجب أن نأخذ في الاعتبار

أن هذه المسببات ليست منفصلة أو معزولة عن بعضها في الواقع ، وأن محاولة التمييز بين المؤثرات العضوية ، والنفسية ، والاجتماعية ، والاقتصادية ، والثقافية ، والسياسية إنما تتم من أجل التحليل والتمييز فقط (فيجانز Feagans ، ١٩٧٤) .

العوامل الوراثية والمزاجية كعوامل مسببة لمشكلات الشخصية

لقد احتدم الجدل بين العلماء والباحثين منذ القدم حول الأهمية النسبية لكل من الوراثة والبيئة في نمو الفرد وكمسببات للمشكلات النفسية ، لكننا نتبنى في هذا الكتاب وجهة النظر التفاعلية التي تعطي أهمية لكل من الوراثة والبيئة كعوامل مرتبطة ومتلازمة في كل مرحلة من مراحل نمو الفرد . فلا يمكن للبيئة أن تؤثر سوى على إنسان له خصائص وراثية وتكوينية معينة ، وفي نفس الوقت فإن هذا الإنسان كمخلوق عضوي لا يمكن أن يعيش وينمو بمعزل عن النظام البيئي بما يتضمنه من تأثيرات متعددة . وفي ضوء ذلك فإننا سوف نعرض لأهم نتائج الأبحاث فيما يتعلق بدور العوامل الوراثية والمزاجية في نشأة مشكلات الشخصية لدى الأطفال .

لقد نشر ديفيد روزنثال David Rosenthal (١٩٧١) الذي كان رئيسا لمعمل علم النفس بالمعهد الوطني للصحة النفسية حينئذ – بحثا يتضمن مراجعة للدراسات التي تناولت تأثيرات الوراثة على الاضطرابات النفسية . وقد اتضح من هذا البحث أن عددا قليلا من تلك الدراسات تناول تأثير العناصر الوراثية على الاضطرابات النفسية العصبية Psychoneurotic وهو مصطلح يرادف تقريبا مصطلح مشكلات الشخصية . ورغم ذلك فقد أوضحت نتائج تلك الدراسات القليلة أن

أقرباء الدرجة الأولى (الوالدان ، والأخوة ، والأبناء) يمكن أن تظهر بينهم اضطرابات الشخصية بمعدل الضعف بالمقارنة إلى أقرباء الدرجة الثانية (الأجداد، والأعمام ، أو الأحفاد من الجنسين في كل حالة) . وجدير بالذكر أنه يمكن توقع مثل تلك النتائج إذا كانت الوراثة تعد فعلا من العوامل المسببة لمشكلات الشخصية ؛ حيث تزداد احتمالية تعرض الأفراد لتلك المشكلات كلما زادت درجة القرابة بينهم . وبالطبع فإن هناك مجموعة أخرى مهمة من العوامل غير الوراثة قد تلعب دورها في هذا الصدد، لأن تزايد درجة القرابة بين الأفراد تعني تعرضهم لتأثير بعض العوامل البيئية البارزة بنفس الدرجة تقريبا . وبعبارة أخرى فإنه رغم أن أقرباء الدرجة الأولى فضلا عن تشابههم الكبير من حيث العوامل الوراثية بدرجة تفوق أقرباء الدرجة الثانية ، إلا أنهم أكثر عرضة للتفاعلات البيئية، وكذلك الأطفال الذين ظهرت بينهم المشكلات أيضا .

كما راجع روزنثال أيضا نتائج عدد من الدراسات التي أجريت على التوائم ؛ حيث تمت مقارنة نسبة انتشار اضطرابات الشخصية بين التوائم المتماثلة Identical twins . ومن المعروف أن التوائم المتماثلة تنتج عن تخصيب بويضة واحدة (أحادي اللاقحة) ، ومن ثم فهي تتماثل من حيث الخصائص الوراثية ، وعلى العكس من ذلك فهناك التوائم المتشابهة أو المتآخية Fraternal twins التي تنتج عن تلقيح بويضتين (ثنائية اللاقحة) فهي لا تختلف كثيرا في الصفات الوراثية عن تلك الموجودة بين الإخوة الطبيعيين أو غير التوائم . وإذا كانت الوراثة تلعب دورا أساسيا كمسبب لمشكلات الشخصية ، فإننا نتوقع أن يزداد معدل حدوثها بين زوجي التوائم المتماثلة عنه في حالة التوائم المتآخية .

وفي الواقع فقد أوضحت نتائج عدد من الدراسات تزايد معدل حدوث تلك المشكلات بين زوجي التوائم المتماثلة بحيث إذا أصيب أحدهما بمشكلة ما فغالبا

ما يصاب الآخر بها (أيزنك وبريل Eysenck & Prell ، ١٩٥١ ؛ شـــيلدز Shields ، ١٩٥٤) ، بيد أن هذه الدراسات تعد قديمة ، وقليلة بحيث يصعب الركون إليـــها في الخروج باستنتاج عام في هذا الصدد، فضلاً عن أن العوامل البيئية لابـــد وأن تكون لعبت دوراً هاماً في هذه الدراسات أيضاً .

وفي دراساتهم الأكثر حداثة أوضح الباحثون بكليـــة الطـــب بجامعـــة يـــل الأمريكية أن أقارب الدرجة الأولى لأفراد مصابين باضطرابات الاكتئاب أو الـــهلع أكثر عرضة للإصابة بتلك الاضطرابات (ليكمـــان ، وويزمـــان ، ومريكـــانجر ، وبوليس ، وبروسوف Merikangas , Puls & Pruopp leckman , wessman ، ١٩٨٣) كما اتضح أن الأطفال من ٦-١٧ سنة الذين تنتشر تلك الاضطرابات بين والديهم، أكثر عرضة أيضاً للإصابة باضطرابات القلق ، والاكتئاب، والهلع مثل الوالديـــن تماماً (ويزمان ، وليكمان ، ومريكانجر ، وجـــامون ، وبروســـوف Weissman , Leckman , Merikangas , Gammon & Prusoff ، ١٩٨٤) . وقـــد أوضحـــت هـــذه الدراسات أيضا وجود علاقة متسقة بين اضطرابات القلق والاكتئـــاب لدرجـــة أن حدوث أحدهما يزيد احتمالية حدوث الآخر .

وقد أجرى كل من كيندلر وهيث ومارتين وإفيس Kendler , Heath , Martin & Eaves (١٩٨٦) دراسة أكثر شمولا لدور العوامل الوراثية على عينة من التوائـــم باستراليا ، وقد قام الباحثون بإرسال استبانة لتقييم أعراض القلق والاكتئاب لعينة قوامها ٥٩٦٧ من التوائم البالغين من العمر ١٨ عاما فـــأكثر ، مـــن المقيديـــن بالمجلس الوطني الأسترالي للصحة والأبحاث الطبية وتسجيل التوائم، وقد حصلوا على استجابات من ٣٨١٠ زوجا من تلك التوائم، وتم التمييز بين كل زوج لتحديد ما إذا كان متماثلا أم متآخيا من خلال الصور الفوتوغرافية . وقد شملت الاستبانة بنودا لقياس مشاعر الاهتياج، والهلع ، واضطرابات النوم ، واليـــأس ، وفقـــدان

الاهتمام بالأنشطة ، والتفكير في الانتحار . وجدير بالذكر أن هذه الدراسة تحتل أهمية خاصة لعدة أسباب منها ؛ أنها توضح أن سمات الشخصية والأعراض المرضية تميل لأن تصبح خصائص مستمرة دون تمييز واضح بينها . لذلك يصعب التمييز بين الخصائص القوية للفرد وما يعتريه من أعراض مرضية بسيطة . وهذا يحتم ضرورة تقييم كل من الخصائص والأعراض مع بعضها في ضوء شخصية الفرد ومستوى الأداء الوظيفي له بصورة عامة . كما أن هذه الدراسة حاولت التعرض للتساؤل المعقد حول درجة التلازم بين التوائم سواء المتماثلة أو المتآخية من حيث معدل حدوث مشكلات الشخصية بين كل زوج منها بسبب تدخل العوامل البيئية وليست العوامل الوراثية فحسب ، وقد خلص هؤلاء الباحثون من خلال مراجعة نتائج دراستهم وغيرها من الدراسات إلى أنه يوجد في الواقع تشابه كبير في العوامل البيئية التي تؤثر على التوائم المتماثلة أكثر منه في حالة التوائم المتآخية. ومع ذلك فقد استنتجوا أيضاً أن ذلك التشابه البيئي الكبير بين هذه التوائم إنما يرجع أساسً إلى التشابه في سلوكياتها ولا يعد مسبباً لها . وتعد أكثر النتائج التي توصلت إليها الدراسة الاسترالية أهمية وارتباطاً بمناقشتنا الحالية ، تلك التي أوضحت أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً أساسياً كمسببات للقلق والاكتئاب .

وهكذا فقد اصبح واضحاً نسبياً أن العوامل الوراثية تلعب دوراً أساسياً كمسببات لمشكلات الشخصية لدى الأطفال والمراهقين . ورغم ذلك يصعب علينا تحديد مدى تأثير العوامل الوراثية وكذلك الآلية التي تعمل بها ، فهناك بعض الأفراد قد تنمو لديهم استعدادات تكوينية للإصابة بالقلق والاكتئاب وتعد خصائص تكونت كرد فعل أو استجابة للنظام البيئي المعقد الذي يعيشون فيه . وسوف نعود لمناقشة تأثير العوامل الوراثية والمزاجية كعوامل مسببة لاضطرابات نفسية

أخرى لدى الأطفال والمراهقين ، لكن من المهم حاليا أن نأخذ في اعتبارنا أن الأطفال والمراهقين يحملون معهم خصائص واستعدادات وميولا معينة إلى النظام البيئي الذي يعيشون فيه ، ولا يجب النظر اليهم باعتبارهم مجرد متلقين سلبيين لتأثير العوامل البيئية عليهم، أي أن لهم دورا نشطا فاعلا ، ومتفاعلا مع بيئتهم .

العوامل النفسية كمسببات لاضطرابات الشخصية

رغم أنه لا تتوافر لدينا مفاهيم واضحة حول كيفية التفاعل بين العقل والجسد، إلا أننا نعرف جيدا أن العوامل الوراثية والعضوية غالبا ما تتخذ صورا نفسية تتمثل في الطرق التي نفكر، ونشعر ، ونعمل بها . ونظرا لعدم توافر الفهم الجيد لكيفية تفاعل العقل والجسد معا ؛ فإننا نميل إلى تناولهم أو دراستهم أو التركيز عليهم بصورة منفصلة . وسوف نستعرض فيما يلي بعض الميكانيزمات النفسية التي قد تسهم في نشوء اضطرابات الشخصية . ورغم أنه قد يصعب علينا تحديد كيف ترتبط تلك الميكانيزمات بالخصائص العضوية بدقة ، بيد أنه من المهم أن نضع في اعتبارنا أن العوامل الوراثية تؤثر على أنماط الاستجابة الكامنة خلف الأداء النفسي للفرد . ويجب أن نعرف أيضا أن كثيرا من المفاهيم النفسية المتعلقة بمسببات مشكلات الشخصية لا تزال على المستوى النظري في طبيعتها ، وتعد مجرد أدلة تساعدنا على الفهم وليست حقائق ثابتة .

وجهة النظر السيكودينامية في الأسباب

سبق استعراض بعض النظريات السيكودينامية في الفصل الثاني، واتضح أنها انطلقت من أعمال سيجموند فرويد ثم اتخذت عدة اتجاهات بعد ذلك . ورغم

أن فرويد نفسه لم يركز على دراسة الأطفال، إلا أن أراءه النظرية أثـــرت بقـــوة وبصورة واضحة على مدى فهمنا للطفولـــــة، ونشـــوء مشـــكلات الشـــخصية . وباختصار فقد اقترح فرويد أن القلق يعد مفهوماً جوهرياً فـــي فـــهم مشـــكلات الشخصية . فمع تقدم الطفل في النمو من الميلاد إلى المهد ثم الطفولة المبكـــرة نجده يواجه ببعض المطالب من قبل الوالدين وغيرهم من المحيطيـــن بـــه كـــي يستطيع التكيف مع التقاليد والأعراف الاجتماعية ، فهم يحاولون كـــف غرائـــزه الأولية ومنعها من الإشباع الفوري . وهنا يحاول الطفـــل كبـــت الغرائـــز غـــير المقبولة ؛ التي غالباً ما تنطوي على رغبات جنسية وعدوانية ، وذلك اســـتجابة للضغوط الوالدية أثناء عملية التدريب والتنشئة الاجتماعية له . ومع ذلـــك فـــإن شدة تلك الدوافع تحول دون كبتها بصورة تامة، وتظل تضغط على الطفـــل طلبـــاً للإشباع ، ومن ثم تصبح الغرائز مصدراً للتهديد بالظهور والإفصاح عن نفســـها من وقت لآخر .

ويعد تهديد الغرائز بالظهور إلى منطقة الشعور ومحاولة تحقيق الإشـــباع الفعلي ، السبب الأساسي للقلق لدى الطفل ، مما يتطلب منه بذل مزيد من الجهد ليس لتجنب ظهور تلك الغرائز إلى الشعور فحسب وإنما لتجنب ما يصاحبها مـــن قلق أيضاً . وقد يؤدي الإخفاق في كبت الغرائز ومنعها من الظهور على مســـتوى الشعور إلى التعرض للقلق الحاد، وربما الهلع لدى بعض الأفراد . وقـــد يحـــاول البعض الآخر من الأفراد تقوية ميكانيزم الكبت الدفاعي من خلال التعرض لبعـــض الأعراض مثل الشكوى من بعض الآلام الجسمية ، أو المخاوف المرضيـــة مـــن بعض الأشياء البيئية التي قد تعد رموزاً للغرائز المكبوتة . وفي بعض الحالات ، قد تؤدي تهديدات الدوافع العدوانية إلى جعل الطفل يوجه العدوان إلـــى نفســـه ، الذي قد يظهر بدوره في صورة أعراض اكتئابية ، وهذا يعني أن القلق والـــهلع الذي قد يعاني منه الطفل يعد نتيجة مباشرة لاحساسه اللاشعوري باحتمال ظـــهور

رغباته غير المقبولة إلى حيز الشعور . كما أن أعراضاً أخرى مثل الشكوى من اعتلال الصحة بدون سبب عضوي واضح، والخوف من الظلام، أو الخوف من الانفصال عن الوالدين أو من المدرسة قد يحدث نتيجة محاولة الطفل تقوية ميكانيزم الكبت الدفاعي . وقد يحدث الاكتئاب نتيجة محاولة الطفل التحكم في الغضب والحزن لاشعورياً بتوجيه تلك المشاعر للذات .

وقد حاول بعض أصحاب النظرية السيكودينامية تعديل تلك المفاهيم الأصلية بطرق مختلفة . فقد ذهب أوتورانك Ottorank على سبيل المثال إلى أن صدمة الميلاد تعد أساساً لنشوء القلق فيما بعد ، وغالبا تعاد نفس الخبرة في المواقف التي تتعرض فيها سعادة الفرد للتهديد (رانك Rank ، ١٩٢٩) . وتعد ميلاني كلاين Melanie Klein (١٩٣٢) من رواد السيكودينامية الذين اهتموا بعلاج الأطفال، وقد رأت أن الطفل يتعرض في مرحلة مبكرة من حياته وذلك خلال العلم الأول لخبرات لاشعورية تخيلية قوية تتضمن رغبات جنسية وعدوانية ، إلى جانب الخوف من فقد الأم بسبب تلك الرغبات .

ويعد إريك إريكسون من أبرز من أثروا في وجهة النظر السيكودينامية المعاصرة فيما يتعلق بالطفولة والمراهقة . وكما سبق أن ذكرنا فإن مفهوم إريكسون حول خبرة الطفل " الثقة في مقابل الشك " تعد مرحلة تبنى عليها علاقات الطفل مع الآخرين ومع العالم فيما بعد . فإذا أخفقت الخبرات المبكرة في توفير مشاعر الأمن والارتباط بالآخرين لدى الطفل ، فإنه سوف ينظر إلى العالم باعتباره مكاناً مخيفاً لا يمده بالقدر الكافي من الأمن ، والأمان ، والتقبل . وهنا يصبح القلق حقيقة محورية في وجود الطفل ، كما يؤثر في استجاباته فيما يتعلق بالاستقلال ، والثقة ، ونمو الهوية . وهنا يتعرض الطفل خلال المراحل التالية لنتائج مدمرة تعرضه للشعور بالقلق، والخجل ، واليأس ، وتشمل تلك المراحل

من وجهة نظر إريكسون ، الاستقلال في مقابل الخجل والريبة، والمبادأة في مقابل الشعور بالإثم أو الذنب، والمثابرة في مقابل الشعور بالدونية ، والشعور بالهوية في مقابل تشوه الهوية . ونظراً لعدم قدرة الطفل على التعامل مع العالم بثقة فإنه يتعرض للشعور المزمن بالقلق، والميول الدفاعية، والانطواء ، وكل ذلك يسفر في النهاية عن نشوء مشكلات الشخصية الشديدة التي قد تتخذ صورة الجُبن والعزلة الاجتماعية ، والاكتئاب .

وجهة نظر التعلم الاجتماعي في الأسباب

حاول أصحاب نظريات التعلم الاجتماعي دعم وجهة النظر القائلة بأن أي خلل في خبرات التعلم يشكل أساساً لنشوء مختلف الاضطرابات النفسية ؛ بما في ذلك مشكلات الشخصية لدى الأطفال والمراهقين . وقد اتخذت كل تلك النظريات تقريباً أحد المنطلقات الثلاثة التالية :

أولاً : أكدت بعض المداخل على عمليات الاشتراط التقليدي Clasical Canditining أو الاستجابي كأساس لحدوث مشكلات الشخصية أو الاضطرابات النفسية العصبية عامة ، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الخوف يعد استجابة غير شرطية حاسمة يمكن أن ترتبط بعدد كبير من المثيرات البيئية سواء الواضحة أو المبهمة . فالطفل الذي يمر بخبرة القلق الشديد للانفصال عن الوالدين في أول يوم من ذهابه إلى المدرسة مثلاً قد يربط تلك المخاوف بالأفراد الموجودين بالمدرسة ثم بكثير من الأنشطة والتوقعات المدرسية بعد ذلك . ومن خلال عملية تعميم المثير قد يتعرض الطفل للقلق من مواقف وأنشطة كثيرة تتعدى الخبرات الأولية التي تتضمن الانفصال عن الوالدين أو الأفراد الموجودين بالمدرسة .

أما التوجه الأساسي الثاني فيركز على عمليات الاشتراط الاجرائي أو الوسيلي Operant Conditioning . وتذهب وجهة النظر هذه إلى أن الطفل يتعلم تجنب المواقف التي تعرضه للقلق نظرا لأن ذلك التجنب يخفض المثيرات المنفرة أو يخلصه منها، وهذا يعد تعزيزا بالنسبة له . فالطفل الذي يجد أنه عندما يشتكي من آلام البطن فإن ذلك يتيح له فرصة تجنب الذهاب إلى المدرسة، فهنا قد يتعلم بسرعة أن المرض العضوي يعد وسيلة لتجبب كثيرا من المواقف المسببة للقلق. ومن جهة أخرى فقد يتعلم أنه في أي وقت يبعد عن الوالدين فإنه يشعر بالعصبية، لكن ذلك القلق يتبدد في الحال عند رجوعه إليهم . وفي مثل هذه الظروف فإن الطفل سوف يتعلم سريعا تجب المواقف الاجتماعية في ظل غياب الدعم الوالدي .

وفي النهاية فهناك وجهات نظر التعلم الاجتماعي التي تؤكد على أهمية عمليات التعلم بالنموذج Modeling في حدوث مشكلات الشخصية . لذلك فقد يتعلم الطفل الصغير الخوف من مواقف معينة ، أو اللجوء إلى المرض العضوي كوسيلة لتجنب التوتر وذلك من خلال ملاحظة الوالدين أو غيرهما من أفراد الأسرة يواجه القلق بهذه الطرق . وقد يتعلم الطفل بسهولة الخوف من المواجهات الاجتماعية عندما يلاحظ الوالدين أو غيرهما من الأفراد المهمين يتعرضون للانفعال والتوتر أو الخجل في المواقف الاجتماعية ، فالوالد الذي يواجه متطلبات الحياة بخوف يمكنه أن ينقل لطفله بسهولة رسالة مؤداها أن العالم مكان مخيف، والوالد الذي يتحدث أو يسلك بأسلوب يعبر عن اليأس ، وقلة الحيلة، والاكتئاب فإنه ينقل تلك الأفكار والمشاعر إلى طفله الذي غالبا يراقبه ويتعلم منه .

وفي الواقع فإن الاشتراط سواء التقليدي أو الاجرائي وكذلك التعلم بالنموذج تعد عمليات أكثر تعقيدا في تأثيراتها من تلك التي تم تصويرها في الأمثلة السابقة . وفي الحقيقة قد تتفاعل عمليات التعلم المختلفة هذه جميعا وتشترك في تنمية أي سلوك واحد أو سلسلة معقدة من السلوكيات ، والتي قد تتجمع بدورها مكونة أنماطا من الاستجابات التي تمثل خصائص معينة للفرد .

وجدير بالذكر أن الموقف يزداد تعقيدا عندما ندرك حقيقة أن عمليات التعلم تتفاعل مع كل من الخصائص العضوية للفرد والعوامل البيئية المؤثرة عليه ، ويعد هانز أيزنك Hans Eysenck من العلماء القلائل الذين حاولوا التصدي لهذه القضية المعقدة حيث قدم تصورا نظريا للمشكلات العصبية يتضمن تفاعل العوامل الخاصة بالفرد والعوامل الخاصة بالبيئة معا . وقد بدأ أيزنك مجموعة من الدراسات المثيرة خلال الخمسينيات من القرن العشرين ، حيث تحدى وجهات النظر التقليدية فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية والأخلاقية ، وانتهى إلى تقديم نموذج شامل لمشكلات الشخصية تتكامل فيه العوامل التكوينية للفرد مع عمليات التعلم . وقد افترض أيزنك (١٩٧٦) أنه قد تكون لدى بعض الأفراد حساسية داخلية للمثيرات البيئية مما يسهل عملية نمو استجابات الخوف الشرطية لديه ، وبعبارة أخرى ، فهؤلاء الأفراد يتسمون بسرعة الإستثارة ومن ثم لديهم استعداد للتعرض للقلق الذي قد يرتبط بسهولة بمختلف المؤشرات البيئية من خلال الاشتراط التقليدي أو التعلم بالنموذج . وفي نفس الوقت يختلف الأفراد فيما بينهم أيضا من حيث سهولة تكوين الاستجابات الشرطية ؛ بمعنى أن هذه الاستجابات تتكون لدى بعض الأفراد بسهولة وسرعة غير عادية كما أنها تنطفئ ببطء شديد، بينما تتكون هذه الاستجابات لدى البعض الآخر منهم ببطء شديد وتنطفئ بسرعة. لذلك نجد أن الأفراد ذوي الاستثارة الانفعالية السريعة ، ممن لديهم استعدادا

للقلق، وممن تتكون لديهم في نفس الوقت الاستجابات الشرطية بسهولة ، أكثر عرضة لتنمية استجابات القلق القوية لكثير من المثيرات البيئية ، وهكذا فإن تفاعل سهولة تكون الاستجابات الشرطية مع الانفعالية الشديدة التي تتفاعل بدورها مع عمليات الاشتراط والتعلم بالنموذج السابقة كي تحدث زملة عن الأعراض التي نطلق عليها أو نصفها باضطرابات القلق والاكتئاب .

ورغم أن نموذج أيزنك لمشكلات الشخصية، يجب أن يخضع كغيره من النظريات للاختبار التجريبي المكثف ، إلا انه يعد وسيلة مفيدة لتكامل المعلومات وتوجيه تفكيرنا حول مشكلات الشخصية ، ومع ذلك فإن هذا النموذج لم يتعرض لمختلف المتغيرات لأنه لم يحدد المؤثرات الأسرية والمتغيرات البيئية بوضوح .

المؤثرات الأسرية كمسببات لمشكلات الشخصية

من المعروف بداهة أن الأبناء يشبهون الآباء إلى حد كبير، وقد أكدت نتائج الدراسات الميدانية ذلك الأمر؛ حيث اتضح أن الأطفال ذوي مشكلات الشخصية غالبا ما ينتمون لأسر يعاني فيها أحد الوالدين من نفس المشكلات (هيثرينجتون ومارتين Hetherington & Martin ، ١٩٧٢) .

وقد أوضحت الدراسات التي أجريت على أسر الأطفال والمراهقين ذوي مشكلات الشخصية وجود بعض الخصائص الأساسية التي تميز الوالدين وتشمل التسلط ، والقسوة ، والتحكم الزائد (روزنثال ، وفينكلشتين ، وفي روبرتسون Rosenthal , Finkelstein & Robertson ، ١٩٥٩ ؛ روزنثال ، وني ، وفينكلشتين ، وبركوتيز Rosenthal NI, Finkelstein , & Berkwits ، ١٩٦٢) .

ورغم وجود اختلافات واضحة بين الوالدين في خصائص معينة ، فإنهم يميلون إلى الحماية الزائدة ، والنقد الزائد ، وكثرة المطالب ، والجمود، والإسراف في المحافظة على النظام (لويس Lewis ، ١٩٥٤) . ويبدو أن والدي الأطفال ذوي مشكلات الشخصية يميلون – سواء بقصد أو بدون قصد – إلى تعليم أطفالهم أن العالم الذي يعيشون فيه مخيف، وأن الفرد الذي يعيش تلقائيا فيه يتعرض للتوتر ، وأن أي أخطاء يرتكبها الفرد تعد محطمة وتعرضه للرفض أو النبذ من قبل الآخرين. ومثل هذه الأساليب غالبا تعرض الطفل للشعور بالخجل الشديد أو القاسي . وهنا قد يصبح من أهم أهداف كثيرا من هؤلاء الأطفال محاولة تجنب عمل أي شيء يجذب انتباه الآخرين لهم، لأن ذلك قد يعرضهم للنقد والرفض. وليس من الغريب أن نجد الأطفال الذين يسمعون تلك التعليمات ، ويخضعون باستمرار لهذه الأساليب من المعاملة يتسمون بالجبن والعزلة الاجتماعية (أنظر المربع رقم ٤-١)) .

مربع رقم (٤-١) بيجي . ف Peggy .F : دور المؤثرات الأسرية في تنمية مشكلات الشخصية

لقد تم تحويل بيجي . ف للتقيم النفسي بعد التخرج من الفرقة الثامنة بقليل . وقد تم ذلك التحويل من قبل الطبيب بعد سلسلة من التحويلات لأطباء آخرين، وقد أخفقوا في تحديد أي سبب عضوي لآلام المعدة الشديدة التي تعاني منها بيجي لاكثر من عام . وقد كانت هذه الطفلة تعاني من آلام حادة بالبطن مصحوبة بإسهال مزمن ، لدرجة أنها كانت تدخل الحمام أكثر من عشرين مرة يوميا . ورغم أن شهيتها للطعام لم تكن جيدة إلا أنها زادت سوءا خلال العام ، وقد أدى ذلك إلى إصابتها بالنحافة الشديدة ولم يفلح الطب في علاج ذلك. و وقد شخص كثيرا من الأطباء هذه الحالة بأنها تتضمن التهاب الغشاء المخاطي للقولون Mucous colitis ، أو القولون العصبي Irritable colon، ولم يستطيع أي منهم توفير العلاج الناجح لها . والقولون العصبي عبارة عن اضطراب في القولون يتميز بالإسهال المتكرر، وآلام البطن ، وفقدان الشهية ، وأحيانا الشعور بالدوار والصداع . وغالبا ما ينظر إلى ذلك الاضطراب بأنه وظيفي وليس عضوي نتيجة للتعرض للقلق المزمن .

تابع المربع رقم (٤-١)

وقد أوضح تقرير المقابلة الشخصية أن بيجي طفلة لطيفة تتسم بالمظهر الشاحب نتيجة لنحافتها الشديدة . ولم تكن تتكلم بتلقائية على الإطلاق في بداية المقابلة، وحتى لم تكن ترفع رأسها أو تنظر إلى الاختصاصي النفسي الذي يقابلها . لقد كانت تجيب على الأسئلة بكلمة واحدة أو كلمتين في البداية، وقد حاول الاختصاصي النفسي مساعدتها للشعور بالارتياح من خلال طمأنتها والتحدث ببطء.

لقد كانت الصورة الواضحة أن بيجي تخاف تقريبا من أي فرد ومن كل شيء . ولم يكن بوسعها تكوين صداقات مع الزملاء بالمدرسة أبدا لأنها كانت تميل إلى الجبن والعزلة . وقد ذكرت أنها حاولت كثيرا التحدث مع الأطفال الآخرين لكنها كانت تخاف منهم . وفي المرات النادرة التي كان أي طفل يحاول التحدث معها كانت تصاب بالذعر، والبرود ، ثم تنظر إلى الأرض حتى ينصرفون عنها .

ولم تفعل المدرسة أي شيء للطفلة سوى أنها قضت بها ثمان سنوات من الرعب. وكانت بيجي تشعر بأنها غبية وكانت تقول دائما بأنها لا تفهم أي شيء . لقد كانت تخشى الاختبارات والامتحانات، وتتوقع الفشل الذي كانت كثيرا ما تتعرض له . وعندما كانت المعلمة تنادي عليها في الفصل كانت تقف دون أن تجيب على أي سؤال . وقد ذكرت أن بعض المعلمات لم يتحلين بالصبر معها، وكن يشعرن بأنها عنيدة، ومن ثم يعنفونها بقسوة أمام زملائها في غرفة المدرسة . وقد تعلمت الطفلة النظر إلى بقعة معينة في الحائط أو الأرض في محاولة لتجنب البكاء أو الصراخ حتى ينتهي الموقف .

وقد وصفت بيجي ما حدث في أحد الأيام قرب التخرج حينما طلبت منهم المعلمة ذكر أمنياتهن، وقد ذكرت أنها تود أن تكون ملكة جمال أمريكا، وهنا انفجرت المعلمة وسائر البنات في غرفة الدراسة في الضحك والسخرية منها . وهي تتذكر تلك الحادثة باعتبارها تمثل أكثر اللحظات تدميرا في حياتها .

وقد كانت ذكريات بيجي المبكرة تتمركز حول الوالدين اللذين كانت ترى أرجلهما فقط أثناء العراك . وقد ترك والدها المنزل وهي في الخامسة من العمر، لذلك فهي تتذكر أنها رأته مرتين فقط، وتتذكر أنه عندما حضر في المرتين كانت أمها تثير المشاكل وتشتبك معه، وتتهمه بأنه أهمل أسرته وذهب إلى امرأة أخرى، وقد أدى ذلك إلى عدم حضوره اليهم بعد ذلك . ويبدو أن الأم تستمتع بعدم حضور الأب إلى أطفاله حاملا بعض الأشياء إليهم؛ لأن ذلك يعني أنه لا يحبهم .

تابع المربع رقم (٤-١)

وقد خرجت أم بيجي للعمل لتوفير نفقات الأسرة ، وكانت تتركها مع إحدى جاراتها وهي سيدة كبيرة لا تتحدث الإنجليزية مطلقا . ورغم أنها حاولت إشباع الحاجات العضوية للطفلة إلا أنها لم تكن تتواصل معها، ومن ثم تعلمت الصمت . ولم تكن الأم تهتم كثيرا بها أو تتحدث معها أيضا ، سوى إعطائها محاضرة قبل النوم حول والدها الذي هجر الأسرة .

وفي بعض الاحيان حينما كان يحضر أحد الأصدقاء أو الأقارب لزيارتهم كانت تواجه بيجي صعوبة في التحدث معهم، وهنا كانت الأم تعنفها وتتعارك معها كي ترغمها على الكلام . ورغم أن الأم كانت نادرا ما تكسب تلك المعركة إلا أن بيجي كانت دائما خاسرة حيث تزداد حالتها سوءا وتصر أكثر على عدم التواصل . وبالطبع فإن وجود الطفلة في مثل هذه الظروف البيئية فإننا نتوقع أن ينمو لديها الخوف الشديد من الآخرين .

وقد استطاعت هذه الطفلة تنمية القدرة على تكوين بعض العلاقات مع الآخرين من خلال الدعم الذي تلقته في جلسات العلاج النفسي. وقد أدى تقارب المعالج من بيجي بصدق وتشجيعه المستمر لها إلى مساعدتها على مواجهة مخاوفها دون انسحاب أو انطواء على نفسها بصورة كاملة . وعندما استطاعت بيجي تكوين بعض الصداقات بدت أكثر ازدهارا وانفتاحا على الآخرين . كما بدت أعراض القولون العصبي تخف إلى حد ما ، كما ازداد وزنها بعض الشيء . ورغم أنها كبرت وأصبحت فتاة جذابة، إلا أنها لا تزال تتشكك في صورتها بالمرآة ، وتميل إلى الجبن والانطواء . ومع ذلك فقد استطاعت التفاعل مع الآخرين بفاعلية أكبر، كما ازدادت قدرتها على مواجهة معظم مشكلات الحياة .

وفي بعض الأسر قد يعمد الوالدان إلى تحذير الأطفال باستمرار من أن الآخرين سوف يتجاهلونهم أكثر لو ارتكبوا أي خطأ ، أو إذا حاولوا طلب أي شيء يحتاجون إليه، وقد يضمر الوالدان نوعا من تبلد المشاعر أو عدم الحساسية بدرجة تشعرهم بالاشمئزاز من أنفسهم إذا ظهرت إلى الشعور ، وبالتالي يحاولون إخفاء تلك المشاعر من خلال ممارسات مختلفة تتضمن النقد الشديد للأطفال على مظهرهم، وملابسهم، وعاداتهم، وخصائصهم الشخصية ،

وقدراتهم وإنجازاتهم الدراسية ، وأصدقائهم . ويعد فيليب زيمبارده Philip zimbarab (١٩٩٧) أحد الاختصاصيين النفسين الذين عملوا كثيرا مع الأفراد الذين يتميزون بالخجل، وقد لاحظ من خلال مراجعة تقارير الحالات التي درسها أو عالجها، تكرار ذكرهم لتعليقات معينة كانوا يسمعوها من الوالدين باستمرار في الصغر تصفهم بالغباء، والقبح ، والتفاهة .

وقد يحاول بعض أولياء الأمور توفير الحماية الزائدة لأطفالهم من المخاطر التي يعتقدون أنها منتشرة في كل مكان بالعالم، ومن ثمه يحذرونهم من كل الغرباء ، ومن الكلاب ومختلف الحيوانات ، ويرسمون لهم صورة مفزعة عما يمكن أن يحدث للأطفال الذين يحاولون الابتعاد عن الوالدين . وفي ظل هذه الظروف فإن الأطفال لا يقلدون فقط اتجاهات ، وسلوكيات الوالدين ، وإنما يرون الوالدين أنفسهم يحاولون تجنب المواقف والناس لأنهم خطر .

وقد يواجه الطفل أحيانا بعض القضايا المعقدة عندما يجد الوالدين يشجعانه باستمرار على توكيد الذات، والاستقلال، بل وقد يتعرض لعقابهما إذا مارس أشياء تعبر عن عدم الاستقلالية ، ويصفانه بعدم الكفاءة . ولا شك فإن معظمنا يتذكر مواقفا كان الوالدان فيها يحاولان تشجيع الطفل على اتخاذ قراره بنفسه ، ثم يعاقبانه إذا أخطأ ، ولابد أن نكون قد رأينا الوالدين وهما يشجعان طفلهما على التحدث، بينما يخبرون الآخرين بأنه يميل إلى الخجل والكسوف وغيرها من الصفات التي تعبر عن عدم كفاءته . ومثل هذه الازدواجية في التعامل يمكن أن تعرض الطفل للارتباك، والقلق، والغضب، والجمود (باتسون ، وجاكسون ، وهالي وويكلاند Bateson , Jackson , Haley , & Weakland ، ١٩٦٩) .

وباختصار فإن الخصائص الأسرية الأساسية التي يبدو أنها تلعب دورا مهما في نشوء مشكلات الشخصية لدى الأطفال تتضمن التخويف، والإزعاج ، والحماية الزائدة ، والنقد، وتوجيه تعليمات متناقضة للأطفال . ويعد هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للمرور بخبرات تتضمن مستوى مرتفع من حيث القلق والانفعال استجابة لتلك الخصائص الوالدية، مع توقع أن تتكون لديهم ردود أفعال لذلك يمكن أن تظهر في صورة مشكلات الشخصية المختلفة .

اختلاف مشكلات الشخصية بين الأطفال والمراهقين

قد تتخذ مشكلات الشخصية لدى الأطفال عدة صور مختلفة، تمتد من القلق العام الذي يحد من قدرتهم على تكوين الصداقات من خلال الجمود والاكتئاب الذي ربما يدفعهم للانتحار، وتشترك هذه الاضطرابات في بعض الخصائص العامة التي تتضمن الشعور الداخلي بالحزن والأسى العميق، وكذلك ظهور بعض المؤشرات الخارجية الواضحة التي تعبر عن الاضطراب، ورغم ذلك ففي معظم الحالات قد لا يمارس الطفل أي سلوك مدمر أو مضاد للمجتمع يزعج الآخرين .

وجدير بالذكر أن التمايز الذي سوف نستعرضه فيما يلي يرتبط أساسا بالطرق التي يتعرض بها الطفل لخبرات القلق، وكذلك كيفية تعبيره عنه . ورغم أن بعض المشكلات قد تتميز بالغموض، والخوف العام، فإن البعض الآخر ربما يظهر في صورة الخوف الشديد من أشياء معينة، بينما قد تبدو بعض المشكلات في صورة مشكلات صحية حادة . ورغم اختلاف مراحل العلاج النفسي والتربوي لتلك المشكلات ، إلا أنها تتضمن في الغالب محاولات لخفض القلق، وتنمية الثقة بالنفس، والشعور بالأمل، ومهارات المواجهة لدى الأطفال .

اضطرابات القلق

قد تتحول بعض خصائص الشخصية مثل الجمــود، والحساســية الزائــدة، والخجل، والتشاؤم لتصبح مشكلات للشخصية عندما تبدأ في أحداث قلق مزمـــن لدى الطفل وتحد من قدرته على إنحاز المهام النمائية العادية. فالطفل الذي يعاني من اضطراب القلق الذي تم تعميمه لا يتسم بالجبن فحسب؛ وإنما يعاني من خوف يشل حركته عن مواجهة متطلبات التفاعلات الإنسانية البسيطة، حيث يصعب عليه مثلا تحية أحد أصدقاء الأسرة، أو توجيه سؤال للمعلم، أو حتى التحـــدث لأحـــد زملائه في المدرسة . والشعور بالخجل يؤثر على إدراك الطفل لدرجـــة أنـــه إذا ارتكب أي خطأ ولو بسيط جدا نجده يشعر بالذل أو المهانة الفظيعة . وقد يحـــاول الطفل مواجهة مثل تلك المواقف ببساطة وذلك عن طريق تجنب أي تفـــاعل مـــع الآخرين على الإطلاق ، كما يبذل قصارى جهده كي لا يظهر في غرفة الدراسة أو فناء المدرسة .

وقد يظهر القلق الذي تم تعميمه لدى بعض الأطفال والمراهقين في صـــورة توقع أي شيء مخيف أو مزعج باستمرار ، كما أشار إلى ذلك دليـــل تشـــخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها. فغالبا ما نجد هؤلاء الأطفال مـــنزعجين بشـــأن قدرتهم على الالتحاق بالفصل المناسب بالمدرسة، وما إذا كانوا سيجدون الوقـــت الكافي لتناول طعام الغداء، أو ما إذا كانت أمهاتهم سوف يتعرضـــن لحـــادث قـــد يؤدي إلى إصابتهن إصابات خطيرة أو حتى الوفاة أثناء اليوم، وما إذا كان سوف يسقط منهم أي شيء على الأرض خلال الحصة، أو ما إذا كانت الحيـــاة ســـوف تلتهمهم .

إن محاولة طمأنه مثل هذا الطفل لا تجدي معه ، لأن الطمأنينة قد تعمل على تأجيل الكارثة فقط لكنها لا يمكن أن تحبطها أو تمنعها تماما . لذلك نجد أن الطفل يعيش في توقع مستمر لشيء ما مزعج أو مخيف ينتظره عن قرب كي يحدق به . وفي الواقع يبدو أن توقع الشر المرتقب يعد من السمات المميزة لاضطرابات القلق التي تم تعميمها (بارلو وبلانتشارد، وفرميليا ، وفرميليا ، ودناردو Barlow , Blanchard , Vermilea, Vermilea & Dinardo، ١٩٨٦) .

وبالنسبة لمن ينظرون إلى العالم بصورة أكثر واقعية فإن مثل هذه المخاوف والإزعاجات غالبا ما تكون موضع سخطهم وغضبهم. ولذلك قد يحاول أولياء الأمور المحيطين إرغام الطفل على مواجهة المواقف الصعبة، وقد يقرر المعلمون الذين يتسمون بالغضب أو الإستثارة تجاهل الطفل الذي يعاني من القلق بكل بساطة ، إلا أن مثل هذه التصرفات لا تجدي كثيرا في مواجهة المشكلة ، وقد يستمر الطفل القلق في الكفاح مع الخوف والفزع المبهم لسنوات عديدة .

اضطرابات الذعر أو الهلع

قد يتحول القلق والفزع المزمن الذي تم تعميمه لدى بعض الأطفال إلى تعرضهم لنوبات متقطعة من الهلع الحاد . وقد يتمثل ذلك في سرعة دقات القلب، وسرعة التنفس، والغثيان أو الدوار ، والعرق الشديد ، والدوخة ، وتكرار التبول، والهزال ، أو الخوف من فقد السيطرة على النفس وكل ذلك قد يحدث فجاة وبشدة دون أي إنذار . وقد يؤدي تعرض الطفل إلى مثل هذه الأعراض بدون مبرر واضح إلى الخوف من الإصابة بالجنون أو المرض العقلي، ومن ثم فقد تزداد حدة القلق الكامن خلف تلك الأعراض . وحتى عندما تخف حدة تلك النوبات فإنه

فغالبا ما ينتاب الطفل الخوف المرتقب من تكرار حدوثها، وقد يصبح فزع الطفل من نوبات الهلع الحاد أكثر تعقيدا لعدم قدرته على التحدث عنها لكونها أعراضا ومشاعر غريبة وفريدة إلى حد كبير . وقد ذكر أحد الأطفال أثناء مناقشة تلك المشاعر مع الاختصاصي النفسي أنه لم يتحدث مع الوالدين بشأنها لأنه لا يعرف بكل بساطة كيف يصفها أو ماذا يقول عنها لهم . وفي حالة أخرى ذكر طفل عمره أحد عشر عاما أنه كان يلوذ بالفرار والجري بدون هدف عندما يتعرض لنوبة الهلع حتى يتعب أو تخف حدة الأعراض .

وقد تبدو نوبات الهلع للمحيطين بالطفل أحيانا غريبة ومن ثم فقد يستجيبون لها بصورة تدعم هموم الطفل الشديدة من فقد القدرة على التحكم في نفسه، أو التصرف بأسلوب مشين أو مخجل ، لذلك فقد يسير الطفل في حلقة مفرغة مما يزيد من حدة القلق وبالتالي مزيد من حدوث نوبات الهلع .

اضطرابات الفوبيا (الخوف المرضي)

إذا كانت نوبات الهلع تحدث في الغالب بصورة غير متوقعة، ودون أن ترتبط بمثيرات بيئية معينة ، فإن خبرات القلق الحاد في حالة اضطرابات الفوبيا تعد موجهة بصورة أكثر دقة وتحديدا نحو مثيرات معينة . فالخوف الشديد المصاحب لاضطرابات الفوبيا يرتبط عادة بشيء معين، بصورة لا تتناسب مع حقيقة هذا الشيء في الواقع (أي أن الخوف يرتبط بشيء غير مخيف في طبيعته) ، ويدوم ذلك لفترة زمنية طويلة ، مسببا تجنب الفرد للشيء المخيف ، مما يعرضه لسوء التكيف الذي ينعكس بوضوح على سلوكه في صورة قصور وإحجام (ميللر، وبارت ، وهامب Miller , Barrett , & Haupe ، ١٩٧٤) .

وجدير بالذكر أن استجابات الفوبيا قد ترتبط بأي شيء واقعي أو حدث تخيلي، فهناك حالات خوف من الشيكولاته أو الخضروات مثلا . ومع ذلك فإن معظم مخاوف الأطفال في سن المدرسة تتجمع في ثلاثة تصنيفات كبيرة هي :

١- المخاوف من الأذى أو الفقد الجسدي، مثل التعرض لحادث أو أذى أو فقدان الوالدين إما بالموت أو الطلاق .
٢- المخاوف من المخاطر الطبيعية أو غير الطبيعية مثل الخوف من الرعد والبرق . والخوف من الظلام، أو الخوف من الأشباح والعفاريت .
٣- المخاوف المرتبطة بالضغط النفسي ؛ مثل الخوف من المدرسة ، أو الامتحانات أو الخطأ أمام الآخرين، أو المناسبات الاجتماعية ، أو الأطباء ، أو الممرضات (ميللر ، وبارت ، وهامب ، ونوبل Miller , Barrett , Hampe , & Noble، ١٩٧٢) .

ومع تقدم الأطفال في السن فإن محتوى مخاوفهم يتغير أيضا ، فعلى حين نجد أن الخوف من الأشباح والكوابيس تشيع بين الأطفال في سن الروضة ؛ فإنها تستبدل بالمخاوف من الأذى أو الأحداث الاجتماعية لدى الأطفال الكبار (بور Bauer ، ١٩٧٦) .

ويبدو أن المخاوف الشائعة بين الأطفال في سن المدرسة تتمركز أساسا حول الخوف من الانفصال عن الأسرة، والخوف من المدرسة أو بعض المطالب والتوقعات المرتبط بها . وفي دراسة شاملة للمخاوف الشديدة لدى الأطفال قام جرازينو وإينادي جيوفاني Grazino& Inade Giovanni (١٩٧٩) بمراجعة البحوث التي أجريت في هذا المجال على مدى ٥٠ عاما تقريبا ، وقد وجدا أن معظم المخاوف المرضية المنتشرة بين الأطفال (٨٦%) ترتبط بالمدرسة .

ويبدو أن ظهور مثل هذه المخاوف يعد أمرا مفهوما وله أسبابه الوجيهة؛ لأنها تتعلق بالمجالات الأساسية التي يتعين على الطفل التركيز عليها (الدراسة). ونظرا لاعتماد الأطفال على الوالدين بصورة أساسية خلال مراحل ما قبل المدرسة؛ لذلك يصعب عليهم مواجهة أعباء الحياة دون وجود الدعم المادي والعاطفي منهم . ومع تقدم الطفل في النمو من الطفولة إلى الرشد يزداد توجهه نحو الاستقلالية، ولكنه بعد التحاقه بالمدرسة مباشرة يشعر بضرورة تحمله لكثير من المسئوليات، مع محاولة إرغامه – سواء من قبل المدرسة أو الأسرة أو المجتمع – على الاستقلالية ؛ مما يشعره بعدم الارتياح نظرا لمقاومة الانفصال عن الوالدين . وفي الواقع يبدو من الصعب تحديد ما إذا كانت فوبيا المدرسة لدى الأطفال ترجع أساسا إلى الخوف من المدرسة ذاتها أو الخوف من الانفصال عن الوالدين (فيلت كامب Veltkamp ، ١٩٧٥ ؛ ياتس Yates ، ١٩٧٠) . ومع ذلك فهناك ما يشير إلى ارتباط فوبيا المدرسة بدرجة كبيرة بخوف الطفل من البيئة المدرسية نفسها كموقف يفرض عليه كثيرا من المطالب . وفي كلتا الحالتين فإن الخوف الأساسي الكامن خلف فوبيا المدرسة يبدو مرتبطا بالخوف من عدم القدرة على مواجهة المواقف الجديدة أو المواقف التي تنطوي على تهديدات معينة للطفل (بيك وإمري Beck & Emery ، ١٩٨٥) . وبصورة عامة يبدو أنه يوجد بين التهديدات الأساسية الكامنة خلف كل من مشكلات القلق، واضطرابات الهلع، والفوبيا قاسم مشترك يتضمن اعتقاد الطفل بأن العالم يمثل خطرا بالنسبة له وهو غير كفء لمواجهة ذلك الخطر وحده .

اضطرابات الجسدنة (الاضطرابات النفسية الجسدية)

لعله اتضح من المناقشة السابقة أن بعض الأطفال والمراهقين يمرون بخبرات القلق بصورة مباشرة من خلال ردود فعل تعبر عن القلق ، والاضطرابات الهلع، بينما يستجيب له البعض الآخر بالخوف الشديد المرتبط بمواقف أو أشياء معينة يطلق عليها الفوبيا . فيما يوجد فريق ثالث من الأطفال قد يستجيبون للتهديدات أو مصادر القلق من خلال الأعراض الجسمية . فالأطفال الذين يعانون من اضطرابات الجسدنة تظهر عليهم بعض أعراض الأمراض الصحية دون وجود أسباب عضوية، أو ميكانيزمات فسيولوجية معينة تربط مصادر تلك الأعراض بالعوامل النفسية (رابطة الطب النفسي الأمريكية iatric Association!American Psyc ، ١٩٨٠ ، ص ٢٤١) . ويشمل هذا التعريف الشامل عدد كبير من المشكلات المختلفة . وإذا تناولنا هذا التعريف بمزيد من التحديد فإنه يمكن القول أن هذه المشكلات تعد غير مألوفة الحدوث نسبيا بين الأطفال وربما لا تتكرر بصورة واضحة لديهم حتى المراهقة، ومع ذلك فهي شائعة الحدوث بين الكبار . ويبدو من المهم مناقشة هذه المشكلات بإيجاز هنا لأنه اتضح بأن أعراض القلق لدى الكبار الذين تنتشر بينهم هذه الاضطرابات كانت تظهر في صورة اضطرابات صحية معينة أثناء الطفولة، حيث كانوا يشتكون دائما من الصداع، وآلام المعدة (المغص) ، والغثيان، وآلام العظام ، والدوخة أو الدوار ، وآلام الصدر .. الخ .

وغالبا ما ينظر الأطفال إلى الشكوى من الأمراض الجسمية باعتبارها طرقا مقبولة لتجنب المواقف المثيرة للقلق والخوف ؛ نظرا لأن المرض العضوي قد يعد سببا وجيها لإعفاء الطفل من الاشتراك في أداء المهام الصعبة . وبالإضافة إلى ذلك فنظرا لأن كثيرا من ردود الفعل التي يسببها القلق تتضمن أعراضا جسدية في الواقع؛ فإنه يصبح من المنطقي بل والشائع أن يتعرض الأطفال

للصداع والغثيان في مواجهة مصادر التهديد أو القلق، وإذا نجحت تلك الأعـراض أو الشكوى الصحية في تجنب مواقف التهديد فإنها سوف تميل إلى التكرار فـي المواقف المماثلة .

العوامل النفسية المؤثرة في الحالة الصحية

لقد أدرك المتخصصون في الطـب النفسـي وعلـم النفـس منـذ القـدم الاضطرابات التي يطلق عليها اضطرابات الجسـدنة، أو الاضطرابـات النفسـية الفسيولوجية . وقد استخدمت هذه المصطلحات لأنه اتضح وجود علاقة مباشـرة بين العوامل النفسية والأمراض الجسدية التي يمكن تحديد أسباب عضوية واضحة لها . وقد تمثلت وجهة النظر حنيئذ في أن الصداع أو التوتر النفسـي يمكـن أن يضعف ، وينهك أجهزة الجسم العضوية . ومع ذلك فلم يكن من السهل أبدا تحديد علاقة نسبية مباشرة بين الخصائص النفسية ومشكلات صحية مثل ، الربـو، أو التهاب القولون أو قرحة المعدة ، أو حساسية الجلد، أو السرطان، أو غيرها مـن الأمراض . وهذا بالطبع لا يعني أننا ننكر وجود علاقة بين كل من الأداء النفسي والأداء الجسدي سواء في حالتهما السوية أو المضطربة ، وإنما كل ما نريد قوله أنه يصعب تحديد عوامل نفسية معينة تكمن خلف مشكلات فسيولوجية بعينها .

لذلك فقد أصبح من المعقول التحدث عن العوامل النفسية باعتبارها تؤثـر في الحالات الجسدية للفرد؛ والمثل في ذلك عندما نتحدث عن الضغط أو التوتـر باعتباره يستثير حالة مرضية معينة مثل القرحة ، التي قد تعود في الأصل إلـى أسباب أخرى لا تتعلق بالمواقف الضاغطة بصـورة مباشـرة (أي أن العوامـل النفسية قد تساعد على ظهور الأعراض المرضية الخاصة بمرض كامن له أسباب

عضوية سابقة) . ورغم أن المتخصصين في الصحة النفسية يدركون جيدا وجود علاقة قوية بين الأداء النفسي والجسدي ، إلا أنهم يفهمون أيضا أنها تمثل علاقات معقدة إلى حد كبير وقد يصعب تحديدها (انظر حالة الطفلة بيجي سالفة الذكر في المربع ٤-١) .

وتعد آلام البطن التي يعاني منها الأطفال من الأمثلة الدالة على تعقد تلك العلاقات [ماك جراث وفيلدمان McGrath & Feldman ، ١٩٨٦) . وتتضمن هذه الحالة بالتحديد تعرض الطفل لثلاث نوبات على الأقل من الآلام الحادة بالبطن مما يعوقه عن ممارسة أنشطته العادية على مدى ثلاثة شهور بدون سبب عضوي واضح، وقد تحدث الآلام المتكرر بالبطن لكثير من الأطفال والمراهقين الذين تنحصر نسبتهم ما بين ١٠-١٩٪ (أبلي Apley ، ١٩٧٥) . وقد أوضحت الأبحاث تعقد العوامل المسببة لآلام البطن المتكررة واستمراريتها . وقد تشمل تلك العوامل أي تركيبة مما يلي :

١-أسباب عضوية غير محددة، مثل عدم استقرار الجهاز العصبي اللاإرادي .

٢-التعليم الاجرائي أو الوسيلي حيث يتم تعزيز الشكوى من الآلام من قبل الوالدين أو غيرهم

٣-الضغط البيئي الذي يؤدي إلى القلق أو يزيد من حدته .

٤-محاكاة سلوك الولدين .

لذلك فرغم أن العوامل النفسية قد لا تسبب آلام البطن المتكررة أو غيرها من الاضطرابات الجسدية بصورة مباشرة ، لكنها قد تعد حاسمة أو مؤثرة إذا

أخذنا في الاعتبار مقاومة المشكلة وقـــدرة الطفـل علـــى مواجهتـــها (ليفيـــن ورابأبورت Levin & Rappaport ، ١٩٨٤) .

ويعد الربو Asthma من الأعراض المرضية الشديدة الأخرى الـــذي يحـــدث نتيجة تفاعل الأسباب الفسيولوجية مع العوامل النفسية . وقد حـــاول البـــاحثون لعدة سنوات تحديد الخصائص الوالدية والأسرية الشائعة بين الأفـــراد المصـــابين بالربو . بينما افترض فريق آخر من الباحثين وجود سمات شخصية معينة مثـــل الاتكالية الشديدة تنتشر بين المصابين بالربو . وقد حـــاول فريـــق ثـــالث مـــن الباحثين تقصي المكاسب التي يمكن أن تتحقق للفرد وتصاحب تعرضه لأعـــراض الربو . ومع ذلك فلم يتوصل أي فريق من هؤلاء الباحثين لنتائج تدعم فروضـــه ، مما جعلهم يتبنون وجهة نظر أكثر حذرا حيال تلك المشكلة . ولم يستطيعوا القول سوى أن هناك عدة متغيرات مختلفة تلعب دورها في حـــدوث معظـــم الأمـــراض الصحية منها ما يتعلق بالأسرة والبيئة التي يعيش فيها الفرد، ومنها مـــا يتعلـــق بخصائص الشخصية، والضغط ؛ وأن المرض العضوي ليس بالضرورة أن يحـــدث نتيجة الخلل النفسي أو الضغط ؛ وأن الضغط قد يســـتثير المشـــكلات العضويـــة الكامنة (بورسيل Purcell ، ١٩٧٥ ؛ ويرى Werry ، ١٩٧٢).

وباختصار فإن هذه المجموعة من مشكلات الطفولة تتضمن مرضا عضويـــا فعليا ، يصاحب بتغيرات فسيولوجية غير واضحة (عوامل مسببة) ، وقد تـــؤدي العوامل النفسية والبيئية الخاصة بالطفل إلى استثـــارتها (عوامـــل مرسـبه أو مساعدة) . وهكذا يتضح أن مداخل علاج هذه المجموعة من الاضطرابات يجـــب أن تشمل مختلف جوانب النظام البيئي التي يعيش فيه الطفل ويمارس فيه أنشطته المختلفة ؛ ذلك لأنه اتضح لنا من المناقشات السابقة أن هذه المشكلات تتضمـــن التفاعل الواضح بين مختلف جوانب حياة الطفل التي تشمل ؛ العوامل المزاجيـــة ، والنفسية ، والتعليمية ، بالإضافة إلى مصادر الضغوط البيئية .

اضطرابات الإكتئاب

لا توجد طريقة بسيطة أو واضحة للتمييز بين الاستجابات الانفعالية المصاحبة لكل من القلق والاكتئاب، وقد حاول بعض الباحثين التمييز بين المشاعر، والانفعالات والحالة النفسية أو المزاجية المصاحبة لكل منهما ، بيد أن مثل هذا التمييز يعد قليل الفائدة بالنسبة للمعلم ، أو الكلينيكي المتمرس ، كما يعتبر عديم المعنى كذلك بالنسبة للطفل الذي يعاني الأسى والحزن الداخلي الكامن. ورغم أنه يمكننا التحدث عن القلق والاكتئاب كحالتين متمايزتين باعتبار أن كلا منهما يعكس حالة مختلفة من الشعور في الواقع ، إلا أنه توجد علاقة قوية معقدة بينهما (ويزمان وآخرون Weissman , at el ، ١٩٨٤) . فالمشاعر المصاحبة للقلق غالبا ما تؤدي إلى شعور الفرد بالاكتئاب بدرجة ما، كما أن الاكتئاب نادرا ما يحدث دون أن يكون مصحوبا بدرجة من القلق حيال ما يتوقعه الفرد في المستقبل / لذلك يجب أن نأخذ في الاعتبار أن التمييز الذي نضعه هنا بين الحالتين يأتي بهدف التركيز والدراسة فحسب ولا يعبر عن اختلاف مطلقا بينهما . فالطفل القلق قد يتعرض للاكتئاب أيضا نتيجة الشعور بوجود خلل ما في شخصيته سواء كان حقيقيا أو وهميا ، كما أن الطفل المكتئب كثيرا ما يشعر بالقلق حيال قدرته على مواجهة أعباء الحياة . ومع وضع ذلك في الاعتبار فإننا سوف نناقش فيما يلي اضطرابات الاكتئاب باعتبارها تمثل المجموعة الأساسية الثانية من مشكلات الشخصية لدى الأطفال والمراهقين .

أعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين

من الغريب أنه يوجد جدل كبير حول الأعراض التي تميز اضطرابات الاكتئاب بين الأطفال بل هناك من يشكك في إمكانية حدوث الإكتئاب بين الأطفال على الإطلاق . ويقدم كانتويل Cantwell (١٩٨٢) عدة أسباب لذلك الخلاف منها ؛ أن المتخصصين في مجالات علم النفس والطب النفسي قد تأثروا إلى حد كبير بنظرية التحليل النفسي، التي ذهب أصحابها إلى أن الاكتئاب يحدث نتيجة كبت الدوافع العدوانية بسبب منع الأنا الأعلى لها بصورة شديدة . ومع ذلك فقد رأوا أن نمو الأنا الأعلى يعد بدائيا خلال الطفولة وأضعف من أن يسبب الصراع الحاد أو الكبت الشديد للعدوان مثل ذلك الذي يكمن خلف اضطرابات الاكتئاب لدى المراهقين والكبار (فرينش French ، ١٩٧٩ ؛ بوزنانسكي Poznanski ، ١٩٧٩ ؛ راي Rie ، ١٩٦٦) . لذلك فقد رأى المنظرون أن الأطفال من الناحية النمائية غير مؤهلين للتعرض لاضطرابات الاكتئاب مثلما يحدث لدى الكبار، أما الأعواض التي قد تظهر بين الأطفال وتشبه الاكتئاب فإنها في الواقع تعكس مشكلات أخرى، أو تعد أعراضا عابرة بسبب طبيعة مرحلة النمو .

ويعتقد البعض الآخر من المنظرين أن الاكتئاب يمكن أن يحدث بالفعل للأطفال، لكن أعراضه تختلف لديهم عنها بالنسبة لما يحدث في حالة الكبار . لذلك ذهب بعض الباحثين مثلا إلى أن التبول أو التبرز اللاارادي قد يعد من أعراض إكتئاب الطفولة (فرومر Frommer ، ١٩٦٧) ، بينما يندر حدوث ذلك في حالة اضطرابات الاكتئاب لدى الكبار . وهناك فريق آخر من الباحثين يرى أن هناك ظاهرة تحدث للأطفال تسمى الاكتئاب الكامن أو المستتر Masked Depression الذي يفصح عن نفسه في صورة سلوك عدواني ، أو سلوك مدمر، أو غيرها من السلوكيات المعتادة للمجتمع ، وهي تعد بديلا لأعراض الاكتئاب لدى الكبار

(كيترين وماك كنيو Cytryn & Mcknew ، ١٩٧٢ ؛ ليسي Leese ، ١٩٧٤) . ورغم ذلك فقد قام دينيس كانتويل Dennis cantwall (١٩٨٢) بمراجعة شاملة لما أجـرى من أبحاث حول إكتئاب الطفولة وخلص إلى أن الاكتئاب يحدث للأطفال بـأعراض مماثلة إلى حد كبير بتلك التي يظهر بها لدى الكبار والتي تشـمل ، الانقبـاض ، واليأس ، والشعور بانعدام القيمة ، والرغبة في البعد عن الظروف البيئية التـي يعيش فيها أو الهروب منها، ومحاولة الانتحار أو التفكير فيه، واضطراب النوم ، وتدني مستوى التحصيل الدراسي ، والعزلة الاجتماعية، والشكوى من الأمـراض العضوية ، وفقدان الشهية للطعام، وفقدان الطاقـة أو الحيويـة والاهتمامـات . (ويوضح المربع رقم (٤-٢) قائمة شاملة للمؤشرات والأعراض التي قـد تعـبر عن وجود الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين) .

المربع رقم (٤-٢) قائمة بالسلوكيات والعوامل الأساسية المرتبطة بالاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين

- الحزن والنكد المستمر .
- سهولة التثبيط / فقد العزيمة .
- الشعور بعدم القيمة .
- الشعور بالذنب .
- فرط الانزعاج .
- النزعة للكمال .
- فقد الاهتمام بالأشياء التـي كـان يستمتع بها .
- الرسوب في المدرسة ، والغيـاب عن الأنشطة العادية بالمدرسة .
- يبكي بسهولة وباستمرار .
- الشخصية المحبطـة (الخجـل ، الجبن، الخوف) .
- الانطواء أو العزلة الاجتماعية .
- الغضب غـير العـادي ، سـرعة الاستثارة.
- الشعور بفقدان حب الآخرين له .
- فقدان الشهية والنحافة عـدم القدرة على النوم الهادئ؛ اضطرابـات النوم .
- التعب الزائد ، كثرة النوم .
- اضطرابات الانتباه والتركيز .
- سلوك إيذاء الذات .

تابع مربع رقم (٤-٢)

- التفكير في الانتحار أو الإقدام عليه
- الانفصال عن الوالدين أو غيرهم من الأفراد المهمين .
- التعرض لإساءة المعاملة جسدياً أو جنسياً .
- التعرض للرفض الوالدي .
- كثرة المطالب الوالديه وميلهم إلى الكمال .
- التصدع الأسري .
- إصابة الوالدين أو أحدهما بالاكتئاب.
- تعرض أخ أو صديق للانتحار .
- تعرض الوالدين أو أحدهما للانتحار أو التفكير فيه .

المصدر : كانتويل Cantwell ، ١٩٨٣ ؛ كوستيلو Costello ، ١٩٨١؛ كوفاكس Kovacs، ١٩٨٦ ؛ روبينسون Robinson ، ١٩٨٤ ؛ شافي وكاريجان ، وويتنهيل ، ودريكي Shafili carrigan , ، ويتنغل ودريك Wittinghill and Derick، ١٩٨٥ .

وجدير بالذكر أنه يمكن تصنيف اضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال إلى عدة أنواع فرعية مختلفة إلى حد ما، مثلما يحدث في حالة اكتئاب الكبار . ورغم أن المناقشة المتعمقة لأنواع اضطرابات الاكتئاب المختلفة تخرج عن نطاق موضوعنا الحالي ، إلا أن هناك عدة فروق مهمة يجب ذكرها هنا .

أولاً : يجب أن نفهم الفرق بين الاكتئاب خارجي المنشأ والاكتئاب داخلي المنشأ . فالاكتئاب خارجي المنشأ (والذي يطلق عليها أحياناً الاكتئاب التفاعلي) يشير إلى الاضطرابات النفسية التي ترجع أساساً إلى خلل جوهري في النظام البيئي الذي نشأ فيه الفرد أو يعيش فيه حالياً . فموت أحد المقربين ، أو انفصال الوالدين أو طلاقهما ، أو تكرار التعرض لإساءة المعاملة الجسدية أو الجنسية أو الانفعالية ، أو الرفض من قبل الأصدقاء ، أو الفشل الدراسي تعد من العوامل

الشائعة الكامنة خلف (المُرسبة له أو المساعدة على حدوثـــه) الاكتئــاب لــدى الأطفال والمراهقين . أما الاكتئاب داخلي المنشأ (أو الاكتئاب المزمن) فيبـدو أن له جذوراً وراثية ومزاجية . وفي حالات الاكتئاب داخلي المنشأ غالباً ما يصعـب تحديد مصادر ضغوط بيئية معينة ترتبط به ، حيث تعتمـد الحالـة المزاجيـة أو النفسية للفرد إلى حد كبير على العمليات الداخلية التي يبدو أنها كيميائيـة فـي طبيعتها . ورغم أن الحالة المزاجية (النفسية) للفرد قد تختلف من وقـت إلـى آخر، إلا أن تلك التغييرات لا ترتبط بصورة واضحة بالأحداث البيئية كما هو الحال في الاكتئاب خارجي المنشأ .

ثانياً : يجب أن نفهم الفرق بين اضطرابات الاكتئاب أحادية القطب Unipolar وثنائية القطب Bipolar . وتتميز اضطرابات الاكتئاب أحادية القطب بفترات متقطعة ومتكررة من المزاج الاكتئابي . أما اضطرابات الاكتئاب ثنائية القطب فعلى العكس من ذلك إذ تتميز بنوبات متعاقبة من الاكتئـاب والنشـاط ، والطاقـة الزائـدة ، والاندفاعية ، والحماقة ، وعدم القدرة على تقدير الأمور ؛ بصورة غير مرغوبة. مع ملاحظة أنه لا يوجد نظام معين لتعاقب تلك النوبات ، لدرجة أنه قد تتخللـها فترات من المزاج والسلوك العادي .

ثالثاً : يجب التفريق بين الاضطرابات العاطفيـة أو المزاجيـة Affective or mood والاضطرابات النفسية الدوريـة Cyclothymic ، والاضطرابـات المزدوجـة Dysthymic . علماً بأن هذا الفرق يعتمد أساساً على شدة الاكتئاب . فالاضطرابـات العاطفية الأساسية كثيراً ما تتضمن اضطرابات شديدة في المزاج، وقـد تصـل الاضطرابات النفسية إلى درجة أن يفقد الطفل أو المراهـق اتصالـه بـالواقع أو التعرض للهلوسة ، والأوهام ، وتشوش الأفكار ، وفقد الأصدقاء والسلوك الشاذ . وقد تكون الاضطرابات العاطفية الأساسية أحادية أو ثنائية القطـب، ذات منشـأ داخلي أو خارجي .

أما الاضطرابات النفسية الدورية فتتضمن تعاقب حالات الاكتئاب والقلق المزاجي على مدى عامين على الأقل ، ولكن بدرجة أقل شدة عن الاضطرابات العاطفية الأساسية. وقد تتعاقب حالات تدني مستوى تقدير واحترام الذات مع الغرور (التقدير الزائد للنفس) ، والانطواء مع الحاجة الملحة للاتصال بالآخرين، وفقد الطاقة وكثرة النوم مع انخفاض الحاجة إلى النوم وزيادة النشاط والحيوية (الجمعية النفسية الأمريكية APA ، ١٩٨٠) . وبالنسبة للاضطرابات النفسية المزدوجة (أو عصاب الاكتئاب) فيتميز بالمزاج المكتئب الذي يستغرق عاماً واحداً على الأقل بين الأطفال والمراهقين ، ولكن دون فقد الاتصال بالواقع أو ممارسة السلوك المضطرب . وقد تشمل أعراض هذا النوع من الاكتئاب مشاعر الحزن، وفقد الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة العادية، واضطرابات النوم وفقد الحيوية أو الوهن المزمن ، والشعور بعدم الكفاءة ، وفقدان تقدير الذات ، وعدم القدرة على التركيز، والانسحاب من التواصل الاجتماعي، وزيادة الاستثارة أو الغضب، والتشاؤم ، وتكرار نوبات البكاء ، وتكرار التفكير في الموت أو الانتحار.

ورغم أن مثل هذا التمييز قد يفيد أحياناً على مستوى الوصف، إلا أنه لا يجد ما يدعمه من نتائج الأبحاث الميدانية سوى التفريق بين الاضطرابات أحادية وثنائية القطب . ومع ذلك فنظراً لاستمرار استخدامها على نطاق كبير فإنه من المهم أن نعرفها جيداً .

ورغم أن مثل هذه المؤشرات والأعراض يمكن أن يتعرض لها أي فرد، إلا أنه من المزعج بصورة خاصة أن نجدها تنتشر بين الأطفال والمراهقين وتستنزف الطاقة والمتعة اللازمة لتحقيق النمو الصحي والسوي لهم، وقد تصل المعاناة بالأطفال في بعض الأحيان درجة من الشدة تدفعهم إلى محاولة الانتحار.

سلوك الانتحار لدى الأطفال والمراهقين

لقد ازداد الاهتمام بمشكلة الانتحار لدى الأطفال والمراهقين خلال السنوات الأخيرة بصورة واضحة ، حيث يمثل الانتحار السبب الثاني للوفاة بين المراهقين في أمريكا (جادبايل Gadpaille ، ١٩٨٠) .كما إزداد معدل الانتحار بين أفراد هذه الفئة العمرية إلى الضعف بين الأعوام ١٩٦١ ، ١٩٧٥ (روبنس و آليس Robbins & Alessi ، ١٩٧٥) كما اتضح أن حوالي ١٢ ألف طفل ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٥-١٤ سنه يتم حجزهم بمستشفيات الطب النفسي سنوياً بسبب سلوك الانتحار (روزنتال وروزنتال Rosenthal & Rosenthal ، ١٩٨٤) ، مما يعكس تزايداً في كل من محاولات الانتحار وكذلك الشكوى المرضية لدى الاطفال في مرحلة ما قبل البلوغ (ميير ز ، وبورك ، وماك كاولي Myers , Barke , McCauley ، ١٩٨٥) وقد أوضحت بعض الدراسات حدوث سلوك الانتحار بين الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (روزنتال ، ١٩٨٤) .

ورغم وجود مؤشرات على تزايد معدلات الانتحار بين المراهقين والشباب (في الأعمار من ١٥-٢٤ عاماً) منذ بداية السبعينيات من القرن العشرين، إلا أنه لم يتضح ما إذا كان ذلك يعكس تزايد معدل الانتحار بين أفراد المجتمع عامة أم أنه ظاهرة تخص تلك المجموعات العمرية (هودجمان Hodgman ، ١٩٨٥ ؛ المركز الوطني للإحصاءات الصحية، National Center for Health Statisics ، ١٩٨٤ ؛ شافير وفيشر Schaffer & Fisher ، ١٩٨١) . ومع ذلك فقد أوضحت بعض الدراسات الأخرى تزايد معدلات الانتحار إلى ٨٠% بين الأطفال في الأعمار من ١٥-١٨ سنة في أمريكا (شافي أوكاريجان ، وويتينهيل ، ودريكي ، Shafii , Carrigan , Whittinghill & Derrick ، ١٩٨٥) . وعلى أي حال فمن الواضح أن سلوك الانتحار بين الأطفال والمراهقين جدير بالاهتمام كما أن الأبحاث في هذا

المجال قد تفاقمت خلال السنوات الأخيرة . وللوقاية من هذه المشكلة؛ فإن التساؤلات الأساسية في هذه المرحلة تنصب على كيفية التعرف على الاطفال والمراهقين ممن لديهم دوافع للانتحار ومحاولة فهم أسباب ذلك السلوك لديهم .

ومن المداخل المهمة لتحديد وفهم سلوك الانتحار لدى الأطفال والمراهقين ما يسمى التشريح النفسي Psycholegical autopsy ؛ حيث يحاول الباحثون فحص التصرفات خلال الآونة الأخيرة، والتاريخ النفسي، والتاريخ الأسري لضحايا الانتحار . وفي إحدى هذه الدراسات تم اعداد فريق من الباحثين بهدف كشف وتحديد العوامل المؤدية إلى الانتحار بغية الوقاية من حدوث هذه المشكلة في المستقبل ، وكذلك الاستعداد لتقديم أي خدمات لمن يتصل بهم للتدخل مع أي ضحايا للانتحار (شافي وآخرون ، ١٩٨٥) . وقد قام فريق البحث بمراجعة الصحف المحلية وكذلك الاتصال بمكتب التحقيق في أسباب الوفيات المشتبه بها بالحي للتعرف على الأطفال والمراهقين المشتبه في تعرضهم للانتحار . كما حاول هؤلاء الباحثون الاتصال بأسر الضحايا - دون جرح مشاعرهم وأحزانهم - وعقد مقابلات شخصية غير مخططة مع أفراد الأسرة لتقصي الحقائق حول الحالة الصحية، والنفسية، والمدرسية، والتاريخ النمائي للضحايا، كما تم فحص الأحدث المهمة في حياتهم، مع إعادة تنظيم سلوكهم خلال الأيام القليلة السابقة على الانتحار مباشرة . وبالإضافة إلى ذلك فقد تمت مقابلة بعض الأقارب، والأصدقاء، وغيرهم من الناس المهمين في حياة كل ضحية .

وقد قام فريق الباحثين بدراسة حياة ٢٠ ضحية للانتحار في الأعمار من ١٢-١٩ سنة، وذلك خلال الأعوام من ١٩٨٠-١٩٨٣ . وقد تمت مقارنة مجموعة المنتحرين بمجموعة ضابطة متجانسة معهم، ووجدوا كثيراً من الفروق الدالة بين المجموعتين. ومن ضمن النتائج التي توصلوا إليها ، أن ضحايا الانتحار يتصفون بما يلي :

١-معرفة الانتحار عن طريق الوالدين أو الأصدقاء، أو أحد الأقارب من الكبار .

٢-ينتمون إلى أسر يعاني فيها الوالدان من المشكلات الانفعالية الخطيرة .

٣-تعرضوا لغياب أحد الوالدين ، أو إساءة المعاملة الانفعالية أو الجسدية أو كلاهما .

٤-انتابتهم الأفكار الانتحارية قبل ذلك .

٥-سبق أن هددوا بالانتحار .

٦-أقدموا على محاولات الانتحار من قبل .

٧-مارسوا سلوكيات مضادة للمجتمع تتضمن التصادم مع المسؤولين ، وسرقة المحلات ، والعراك ، والحرمان من المدرسة ، وتكرار استخدام العقاقير والمواد المخدرة .

٨-الاتسام ببعض خصائص الشخصية غير المرغوبة مثل الانطواء وفرط الحساسية.

وقد استخدم دوجلاس روبينس ونورمان اليسي Douglas Robbins & Norman Alessi (١٩٨٥) مقياسا مقتنناً في مقابلة ٦٤ مراهقاً ممن أدخلوا مستشفى الطب النفسي بهدف تحديد العوامل النفسية، والبيئية ، والسلوكية المرتبطة بالميل إلى الانتحار أو الإقدام عليه بالفعل . وقد وجدوا علاقة قوية بين المزاج الاكتئابي والميل إلى الانتحار . كما اتضح لهم أن الأطفال ممن لديهم ميول انتحارية يتميزون بسلبية مفهوم الذات ، وفقدان المتعة في التعامل مع الأنشطة التي كانوا يستمتعون بها من قبل ، وعدم القدرة على التركيز ، والتردد ، وقلة النوم ،

واستخدام العقاقير والمواد المخدرة . كما اتضح أن درجة الخطورة التي يعبر بها الطفل عن رغبته في الانتحار تعد مؤشراً قوياً للإقدام عليه بالفعل .

ومن جهة أخرى فقد قام فريق من الباحثين بنيويورك بدراسة لتحديد مصادر السلوك الانتحاري لدى الأطفال ، واستخدموا لذلك مجموعة عشوائية تضم (١٠١) طفلاً من الأطفال العاديين بسن المدرسة، وتمت مقارنتهم مع مجموعة تضم ٦٥ طفلاً من المحجوزين بمستشفى الطب النفسي للعلاج (بفيفر ، وزوكرمان ، وبلوتشيك ، وميزروتشي Pfeffer, Zuckerman , Plutchik & Mizruch ، ١٩٨٤) . وفضلاً عن دراسة الخصائص الديمجرافية للطفل واسرته فقد طلب الباحثون إجراء مقابلة شخصية مع كل طفل ووالديه بصورة فرديه عن طريق الاختصاصي النفسي أو الطبيب النفسي، وتم خلال ذلك تطبيق عدة مقاييس تقديرية عليهم . وقد تم تقسيم مجموعة الأطفال العاديين بناء على التحليلات الأولية للبيانات إلى مجموعتين تضم الأولى الأطفال ممن لا توجد أدلة على وجود ميول انتحارية لديهم ، بينما تضم المجموعة الثانية الأطفال الذين لديهم أفكار انتحارية، أو هددوا بالانتحار ، أو أقدموا عليه بالفعل . وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن مجموعة الأطفال الذين لديهم ميولا انتحارية تسيطر عليهم الرغبة في الموت ، ويتسمون بالمزاج الاكتئابي ، كما أن لهم تاريخاً طويلاً مع الاكتئاب، وتبدو عليهم إمارات المشكلات الانفعالية، مع تزايد دوافع الانتحار لدى أمهاتهم . أما الاطفال المتوفين بالمستشفى بسبب السلوك الانتحاري فقد ازداد انتشار السلوك العدواني لديهم، مع الرغبة القوية في الموت، وتزايد معدل انفصال الوالدين في أسرهم ، واصابة الوالدين أو أحدهما بالاكتئاب ، ودخول الوالدين أو أحدهما إلى مستشفى الطب النفسي للعلاج من المشكلات الانفعالية أو الميول الانتحارية، فضلاً عن تزايد دوافع الانتحار لدى الأمهات .

ومن العوامل الأخرى التي اتضح ارتباطها بالسلوك الانتحاري لدى الأطفال والمراهقين تفكك الأسرة أو تصدعها مع وجود دوافع انتحارية لدى الوالدين أو أحدهما، والتعرض لأحداث ضاغطة حادة ، وإساءة معاملة الأب للأم ، والعزلة الاجتماعية، والتعرض للعدوى الاجتماعية حيث شاهد الطفل محاولات انتحار من قبل الآخرين في المدرسة، أو الحي، أو من الجيران (هودجمان Hodgman ، ١٩٨٥ ؛ ميرز Myers ، ١٩٨٥) . ويوضح المربع رقم (٤-٣) مناقشة لما أسفرت نتائج أحد الأبحاث حول العدوى الاجتماعية للانتحار .

وباختصار فإن نتائج الأبحاث تقدم أدلة قوية على أن السلوك الانتحاري للأطفال والمراهقين غالباً ما يصاحب بالتصدع الأسري، والمشكلات النفسية لدى أحد الوالدين أو كليهما، وانفصال الوالدين، والدوافع الانتحارية لدى الوالدين، والأحداث الضاغطة الحادة في حياتهم، والمزاج الاكتئابي المصاحب بأعراض اكتئابية، وتدني مستوى تقدير الذات ، والعزلة الاجتماعية، والعدوانية وإدمان العقاقير والمواد المخدرة ، والتفكير في الانتحار أو التهديد يه أو الإقدام عليه بالفعل.

ولسوء الحظ لا توجد تفسيرات واضحة لإقدام بعض الأفراد على الانتحار أكثر من غيرهم ، الأمر الذي قد يساعد في تحديد أولئك الأفراد المعرضين لخطر الانتحار قبل الشروع فيه . وقد اتخذت التفسيرات النظرية لذلك عدة صور مختلفة. فقد دفعت التحليلات الديمجرافية (أي الدراسة الإحصائية للسكان من حيث المواليد والوفيات والزواج والصحة والمرض .. الخ) بعض الباحثين إلى افتراض أن قضايا التنافس والفشل قد تكون مسئولة عن تزايد معدلات الانتحار بين الأطفال والمراهقين (هولينجر وأوفر Holiniger & Offer ، ١٩٨٢) . فمع تزايد أعداد الأطفال والمراهقين في المجتمع خلال السنوات الأخيرة ، فإننا نتوقع

تزايد التنافس من أجل الحصول على عمل ، أو التفوق الدراسي ، أو عضوية في فريق اللعب، أو أماكن بالمدارس ذات المستوى الرفيع، أو الحصول على الخدمات الاجتماعية المختلفة. وبالطبع فإن تزايد التنافس يؤدي إلى تزايد معدل التعرض لخبرات الفشل المصحوب بالتوتر، وتزايد معدل الشعور بتدني مستوى تقدير الذات، وانخفاض فرص الحصول على المساعدة من قبل الآخرين . فضلاً عن أن تزايد أعداد الأطفال والمراهقين غالباً ما يؤدي إلى مزيد من الشعور بالعزلة، والوحدة ، واليأس . وقد يصدق هنا أيضاً الافتراض الذي ذهبت إليه وجهات النظر السيكودينامية الذي مؤداه أن الانتحار يحدث نتيجة توجيه الغضب الشديد إلى النفس لعدم القدرة على توجيهه إلى الأشياء الأخرى في البيئة . وبالتالي فقد يمثل الانتحار نقطة النهاية لفترة طويلة من المعاناة من مشاعر اليأس، وفقد الأمل ، وعدم القدرة على تغيير حياة الفرد إلى الأفضل سواء بسبب الظروف البيئية السيئة المحيطة به ، أو بسبب ازدراء النفس واحتقارها لدرجة تجعل الفردي يحاول التخلص منها (سوداك ، وفورد ، وروشفورت Sudak , Ford , & Rushforth ، ١٩٨٤) . هذا بالإضافة إلى وجود بعض العوامل الأسرية والاجتماعية المرتبطة بسلوك الانتحارالتي تشمل الاضطرابات الأسرية ، والمحاكاة، فضلاً عن بعض العوامل الاجتماعية التي سبق مناقشتها بشيء من التفصيل.

وفي الواقع فما زالت هناك إمكانية لقبول أي من الفرضين السابقين أو كليهما في تفسير سلوك الانتحار لدى الاطفال والمراهقين .

مربع رقم ٤-٣ العدوى وانتحار المراهقين

في فصل الربيع من عام ١٩٨٧ أقدم ١٢ من المراهقين على الانتحار في أقل من أسبوعين مما جذب الانتباه بصورة غير عادية في مختلف أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية. وقد بدأ الأمر باتفاق أربعة من المراهقين على الانتحار معاً، ثم انتشر الانتحار بعد ذلك في أماكن مختلفة من المجتمع خلال أيام قليلة . وقد اتضح لأسرة أحد الضحايا على الأقل وجود قصاصات من الجرائد في غرفة الطفل تصف حالات الانتحار سالفة الذكر .

تابع مربع رقم (٤-٣)

وقد بادر رجال الشرطة ، والمتخصصون في الصحة النفسية ، والمسئولون بالمدارس بإعداد برامج الوقاية ، مع حث المعلمين وأولياء الأمور على الانتباه جيداً لما قد يتعرض له الأطفال والمراهقين من حديث عن الانتحار، أو تغيرات ملحوظة في الشخصية، أو فقد الوزن بصورة كبيرة ، أو إهمال المظهر، أو اضطرابات النوم ، وعدم الاهتمام بالتفوق في أي موقف، أو غيرها من الأمور التي تشير إلى تعرض هؤلاء الأفراد للخطر. وقد أخذت وسائل الإعلام سواء المرئية أو المسموعة في بث أخبار عن حالات انتحار جديدة يومياً، كما نشرت الصحف مقابلات مع الخبراء المتخصصين .

وقد بدأ الخبراء في الحال بمناشدة وسائل الإعلام التوقف عن نشر تفاصيل الطرق التي ترتكب بها عملية الانتحار أو الظروف المحيطة بها . وقد أدى ذلك إلى انحسار ذلك الوباء بنفس السرعة التي بدأ بها .

كما أوضحت دراسات أخرى وجود علاقة قوية بين تقارير وسائل الإعلام حول وباء الانتحار وتزايد معدل حالات الانتحار . وفي إحدى الدراسات قام الباحثون بفحص البيانات المتوافرة عن أكثر من ١٢ ألف مراهق ممن أقدموا على الانتحار في الأعوام من ١٩٧٣ إلى ١٩٧٩ (فيليبس وكارستينس Philips & Carstensen ، ١٩٨٦) . وقد استطاع الباحثون استناداً إلى تلك البيانات توقع معدلات الانتحار بين المراهقين ومن ثم مقارنة ذلك بالفترات التي نشرت فيها وسائل الإعلام تقارير عن الانتحار . وقد أوضحت النتائج زيادة متوسط الانتحار عن المستوى المتوقع بمعدل ثلاث حالات عقب نشر التقارير مباشرة . كما اتضح وجود علاقة بين عدد حالات الانتحار وعدد التقارير أو المقالات والقصص التي نشرت حول الانتحار الأول . بمعنى أنه كلما تزايدت القصص التي تصف الانتحار زادت تبعا لذلك حالات الانتحار الجديدة .

ومن الدراسات التي نبهت أكثر إلى تلك القضية التي أوضحت تزايد معدلات الانتحار عقب مشاهدة أفلام تلفزيونية تتضمن حالات انتحار وهمية أو من الخيال (جولد وشافير Gould & Shaffer ، ١٩٨٦) كما تناولت دراسة أخرى معدلات الانتحار بين المراهقين ممن

تابع مربع رقم (٤-٣)

تبلغ أعمارهم الزمنية ١٩ عاماً بمدينة نيويورك وبعض المدن المجاورة . وقد استمرت الدراسة لمدة ٢٥ أسبوعاً تضمنت عرض أربعة أفلام تلفزيونية تشتمل على حالات انتحار . وقد اتضح تزايد معدلات الانتحار بين المراهقين في تلك المدن عن المستوى المتوقع خلال الأسبوعين التاليين لعرض ثلاثة فقط من تلك الأفلام . ورغم ذلك فلم تكن هناك زيادة في معدلات الانتحار عقب مشاهدة الفيلم الرابع الذي ركز على التأثير السيء لانتحار الفرد على أسرته والمحيطين به .

وهكذا يتضح تأثير العدوى على معدلات انتحار المراهقين عقب تركيز وسائل الإعلام بقوة على هذه المشكلة ، وللأسف يصعب علينا فهم الميكانيزمات الكامنة خلف محاكاة تلك الظاهرة . هل كان يمكن تجنيب الأطفال تلك الأفكار الانتحارية بدون ذلك؟ ، هل تقارير وسائل الإعلام تصور الانتحار وكأنه وسيلة مشروعة لمواجهة المشكلات ؟ ولكن للأسف لا توجد لدينا إجابات ناجعة لتلك التساؤلات ، ولكننا بلا شك قد نستطيع الحد من تأثيرات وسائل الإعلام من خلال الحنكة واللباقة في معالجة ذلك الموضوع .

استراتيجيات وقضايا تربوية

لعله أصبح واضحا أن الأطفال والمراهقين ذوي مشكلات الشخصية يشتركون في بعض الخصائص العامة . فرغم أن لكل طفل نمطه الفريد من حيث العوامل المزاجية ، ومفهوم الذات ، والتوقعات ، وأسلوب الاستجابة، والاطار البيئي، والخبرات إلا أنه يوجد اتساق بين أولئك الأطفال بدرجة تتطلب فهما وحساسية خاصة من جانب المعلم . فغالبا ما يدرك الأطفال ذوي مشكلات الشخصية العالم المحيط بهم كمكان خطير، ومؤلم أو مؤذي ، كما أنهم يشكون في قدرتهم على مواجهة خبرات الحياة بطريقة فاعلة ومثمرة . وتمتد توقعاتهم

التشاؤميه لتشمل العمل المدرسي، والتفاعلات الإنسانية وغيرهـــا مـــن المـــهام والعلاقات ، لذلك تصبح المدرسة مكانا مهما يمكن أن يزيد من طاقة الطفل عـــن طريق تزويده بالخبرات الإيجابية ، وعدم إهماله والانشغال بالسياسات والأســـاليب التعليمية فحسب، أو تعريضه لمزيد من الإحباط لعدم الإحساس به وبظروفـــه أو عدم توفير البيئة المناسبة لرعايته .

وتتضمن القضايا الأساسية في تربية الأطفال ذوي مشكلات الطفولة ما يلي:

١-توفير بيئة تعطي أهمية كبيرة لخصـــــائص الطفـــل واحتياجاتـــه دون الاستسلام للروتين، والجداول، وغيرها من متطلبات الأداء المؤسســـي العادي .

٢-الاعتراف الواضح بأن هؤلاء الأطفال يتعرضون للإحباط وعدم الرغبـــة في الأداء بسبب ما يعـــانون مـــن القلـــق ، أو الخـــوف، أو المـــزاج الاكتئابي، وليس نتيجة الرغبة في العناد أو التصلب ، أو المناورة؟

٣- الالتزام بالتربية من خلال التعزيز الايجابي للمغامرات والمحـــــاولات الناجحة بدلاً من تجاهل الأطفال طالما أنـــــهم لا يســـببون مشـــاكل أو عقابهم على حب الاستطلاع ، والبحث ، والتجريب .

٤-دفع الطفل بوضوح ، واستمرار ، وبلباقة نحو توكيد الـــذات، وفـــهم الذات ، وتقبل الذات .

إن معرفة تلك الأولويات في تعليم الأطفـــــال والمراهقيـــن ذوي مشـــكلات الشخصية بوضوح يوفر البيئة المناسبة التي تمكن هؤلاء الصغار من البدء فـــي النظر إلى العالم من حولهم بواقعية ، حتى ولو بخوف وتردد في بداية الأمر . كما

يمكنهم المخاطرة باحتمال ارتكابهم بعض الأخطاء ، ومن ثم محاولة إيجاد طرق جديدة للتفاعل مع الآخرين . مع إمكانية التجريب بثقة - مع العلم بإمكانية التعرض للفشل دون إحباط - من إنه يمكنهم المواجهة باستقلالية، مع الرغبة في توكيد الذات وما يصاحب ذلك من مشاعر طيبة . إن مثل هذه البيئة التربوية تمثل نقطة انطلاق لتعليم الأطفال أن قيمتهم لا تعتمد على مقدار ما لديهم من مادة، أو مظهرهم، أو مكانة الوالدين ، أو مستوى التحصيل ، بل إن قيمتهم تعتمد أساساً على كفاءتهم الشخصية، والقيم التي يحاولون التعبير عنها في أنشطتهم وعلاقاتهم .

خلاصة القول أن الاستراتيجيات التربوية الأساسية اللازمة لعلاج الأطفال والمراهقين ذوي مشكلات الشخصية والاكتئاب يجب أن تركز على الدعم ، والأمن، والحماية ، وتجنب النقد والتحدي (واينبرج وريمت Weinberg & Rehmet ، ١٩٨٣) . وإن تكرار خبرات المواجهة الفاعلة ، والأداء المستقل ، والتغلب على المواقف المحبطة في الحياة ، كلها أمور على قدر كبير من الأهمية بالنسبة لهؤلاء الأفراد .

دور المعلم

سوف نستعرض في الجزء الثاني من هذا الكتاب خصائص وسلوكيات معينة يجب توافرها لدى المعلم لمواجهة الحاجات التربوية الخاصة للأطفال ذوي مشكلات الشخصية، أو الاضطرابات الأخلاقية ، أو الاضطرابات النمائية العامة (الشديدة) . وسوف نركز هنا على الاتجاهات ، والقيم أو الاستراتيجيات العامة التي تشكل الدور التربوي لمعلم الأطفال ذوي مشكلات الشخصية .

وبصورة عامة فإن المعلم يلعب دوراً مهما في تسهيل عملية مساعدة الأطفال ذوي مشكلات الشخصية . ونظراً لأن هؤلاء الأطفال غالباً ما يشعرون بالإحباط في تفاعلاتهم مع الأنشطة والناس لآخرين، كما أن استجاباتهم الانفعالية تعد محدودة ؛ لذلك فإنهم يحتاجون إلى التشجيع والمساعدة قبل الانخراط في أي نشاط . إنهم لا يحتاجون في الغالب إلى المساعدة الكبيرة في تعلم كيفية العمل أو التفاعل فحسب وإنما يحتاجون إلى التشجيع على المحاولة والإقدام على العمل أو النشاط . فالأطفال الذين يعانون من الاكتئاب مثلاً يحتاجون إلى المساعدة كي يثابرون في التركيز على المهام والعلاقات لفترة زمنية كافية للمرور بخبرة النجاح أو الرضاء .

ويتعين على المعلم كعامل تسهيل أو تيسير أن يقوم بكثير من المهام منها؛ الإلمام بطرق التعرف على الأطفال ذوي مشكلات الشخصية من خلال معرفة الأعراض التي تم تحديدها بدقة لهذه المشكلات . وهذا لا يعني بالطبع أن كلاً من المعلم العادي أو معلم التربية الخاصة سوف يصبح اختصاصياً في التشخيص أو العلاج النفسي ، وإنما كل ما نود قوله أن المعلم يعد أول مهنى تتاح له فرصة ملاحظة السلوكيات والأعراض التي تشير إلى حاجة الأطفال إلى مزيد من التدخل المتخصص. فالمعلم يجب أن يلم جيداً بالأنماط التي سبقت مناقشتها خلال هذا الفصل، ويجب أن يكون بوسعه تحويل الطفل إلى الجهات المناسبة لمزيد من التقييم الرسمية، وكذلك الدفاع عن الطفل عند الضرورة كي يحصل على الخدمات المناسبة. لذلك يصبح من المهم أن يلم المعلم جيدا بأساليب التقييم والفرز غير الرسمية التي سبقت مناقشتها خلال الفصل الثالث من هذا الكتاب .

هذا بالإضافة إلى أن المعلم – سواء في الفصل العادي، أو الفصل الخاص أو غرفة المصادر ، أو كان معلماً متجولاً – يجب أن يبدأ المحاولات الأولى لتحديد أنواع التدخلات التي يمكن تطبيقها مع أولئك الأطفال . ومرة أخرى فإننا نؤكد أن المعلم ليس اختصاصياً في علم النفس أو الطب النفسي كي يقوم بتطبيق أساليب العلاج النفسي أو تحديد العقاقير الطبية المناسبة . وكل ما نود قوله أن المعلم يعد في أفضل مكان بالنسبة للطفل، لأنه يتعامل معه يومياً، ومن ثم يمكنه (من خلال التشاور مع مختلف أعضاء الفريق متعدد التخصصات) إعداد برامج تعديل السلوك التمهيدية وتطبيقها .

وفي حالة الأطفال ذوي مشكلات الشخصية ؛ فإن تلك البرامج والأهداف يجب أن تعد خصيصاً لتشمل خبرات تربوية تعمل على تحقيق النجاح، وتوكيد الذات ، والثقة بالنفس لديهم . ومن الضروري أن نتذكر دائماً أن هؤلاء الأطفال ينظرون إلى العالم باعتباره مكاناً مخيفاً ومحبطاً ؛ ومن ثم فهم بحاجة إلى تكرار المرور بخبرات المواجهة الفاعلة بالإضافة إلى المدح والتشجيع من قبل الآخرين. ومن المهم أيضاً أن يضع المعلم في اعتباره أنه مهما تعاظم المدح الخارجي فإنه لا يمكن أن يحل محل الخبرات المباشرة التي تتيح للطفل الشعور بالفاعلية والإنجاز . لذلك فإن من الضروري إعداد البيئة التربوية بأسلوب يساعد على تحقيق الأهداف ، وتجنيب الطفل التعرض لأنواع الفشل التي يصعب عليه مواجهتها . ورغم أن إعداد مثل هذا الموقف التربوي المضبوط قد يعد أمراً بالغ الصعوبة إذا قورن بعملية تقديم كلمات المدح والتشجيع؛ إلا أنه يعد أكثر فاعلية كأسلوب وقائي أو علاجي للخبرات الانفعالية .

وفيما يتعلق بدور المعلم كعامل تسهيل أو تيسير، فإنه يتعين عليه الاسهام الايجابي في إعداد الإطار البيئي الكلي الذي يساعد الطفل على تنمية الشعور

بالكفاءة ، وقيمة الذات ، والثقة بالنفس . وقد يتضمن ذلك في بعض الحالات التشاور مع الوالدين والأسرة ، وربما يتطلب الأمر مناقشتهم فيما يتعلق بتشجيع الطفل على الاستقلال أو خفض مستوى توقعاتهم منه . وفي حالات أخرى قد يقوم المعلم بدور الوسيط لتسهيل عملية العلاج الشامل للنظام البيئي في الأسرة من قبل المتخصصين المتمرسين .

كما يمكن أن يقوم المعلم بدور مؤثر في النظام البيئي بالمدرسة من خلال إتاحة وتشجيع الأنشطة والعلاقات التي تشعر الطفل بالتقبل والانتماء لأقرانه. فالطفل الذي يظهر أداء متميزاً في الرسم مثلاً قد يحقق مزيداً من الاعتزاز بالنفس وتقبل الأقران عندما يجد المعلم يقدر الموهبة الفنية . وقد يستطيع الطفل الذي يتسم بالخوف تنمية مزيد من الثقة بالنفس من خلال إتاحة الفرصة أمامه لمساعدة الآخرين . إن المعلم الحساس المتمرس يمكن أن يجد كثيراً من الفرص لاعداد بيئة غرفة الدراسة وما يقدم فيها من خبرات تربوية بطرق تساعد على تنمية الثقة بالنفس والتفاؤل لدى الأطفال .

وهكذا يمكن الاسترسال في ذكر أمثلة لما يمكن أن يقوم به المعلم كعامل تسهيل أو تيسير ، ولكن ما نود التأكيد عليه هنا هو ما يمكن أن يحدثه المعلم من تأثير ليس بصورة مباشرة من خلال التفاعل مع الطفل فحسب ؛ ولكن الأهم من ذلك ما يستطيع أن يؤديه من دور مؤثر أيضاً في النظام البيئي الكلي الذي يعيش فيه .

دور الأسرة

قد يكون من السهل تحديد دور الأسرة في مساعدة الأطفال ذوي مشكلات الشخصية مقارنة بدور المعلم أحياناً، وربما يصعب ذلك في أحيان أخرى. فقد تستطيع الأسرة في بعض الحالات التعرف على مشكلات الطفل قبل أن يقوم المسئولون بالمدرسة أو غيرهم من المتخصصين بتحديدها . وفي مثل هذه الحالات يعد الطفل محظوظاً حيث غالباً ما يكون الوالدان أول من يبدي اهتماما، أو يتخذا خطوات نحو المساعدة والتدخل . وقد يصبح المعلم ، والمسئولون بالمدرسة ، والمتخصصون في الصحة النفسية مستشارين ومصاحبين للأسرة ويعملون مع بعضهم لاتخاذ إجراءات وخطوات التدخل المفيدة . وقد يحتاج الوالدان برامج تربوية أو إرشادية ، وتعديل سلوك يمكن تطبيقها بالمنزل ومع الجيران . إن التواصل المستمر لا يتيح إمكانية التخطيط الجيد لبرامج التدخل فحسب، وإنما يساعد أيضاً في تعديل الخطط والأنشطة لتحقيق أفضل عائد للطفل.

وجدير بالذكر أنه يمكن أن تتاح كثيراً من الفرص لدعم وزيادة الخبرات النمائية للأطفال ممن يتميز أولياء أمورهم بالانفتاح، والقابلية لتغيير أسلوب رعايتهم لأبنائهم . فيمكن للوالدان أن يوضحا للطفل – سواء من خلال الأمثلة أو التعليم المباشر _ أن العالم من حولهم مكان غير مخيف . وهناك أمثلة كثيرة لما يقوم به الوالدان لتعليم أطفالهم كيفية التعامل مع المخاوف العادية، ومواجهة التحديات والصعاب، وعدم الاستسلام للفشل . وفي حالة الاطفال والمراهقين ذوي مشكلات الشخصية فإنه يلزم جعل أنشطة الرعاية أكثر وضوحاً، مع مزيد من تحديد الأهداف والحرص على استشارة المتخصصين في ذلك . وهذا لا يعني أننا ندعي بأن ما يقوم به الوالدان يمكن أن يحل محل دور المتخصصين في التخطيط

والتدخل . ولو كان الأمر كذلك لما تعرض الطفل لمشكلات شديدة تعـــوق ســـياق نموه العادي . ومع ذلك فإن الوالدين اللذين يتسمان باليقظة والاهتمام والانفتـــاح يمكنهم – مع توفير المساعدة المناسبة – القيام بدور أساسي في علاج الطفـل أو المراهق الذي يعاني من القلق أو الاكتئاب .

وفي حالات أخرى قد لا يستطيع الوالدان الإحساس بوجود مشـــكلة لـــدى الإبن. وفي بعض الأحيان قد يكون الخوف ، وعـــدم الثقـــة بـــالنفس، واليـــأس، والتشاؤم الذي يعاني منه الطفل مجرد امتداد لاتجاهات الوالدين وخصائصـــهما . وفي مثل هذه الحالات فإن دور المعلم يصبح أكثر دقة، إذ يجب بذل مزيـــد مـــن الجهد لتعديل النظام الأسري بأسره بطريقة ماهرة مـــن خـــلال تشـــجيع بعـــض السلوكيات، وعن طريق الدعم المناسب والحساس ، ومن خلال الإطراء على مـــا يقوم به الوالدان من أنشطة مقبولة وجيدة ، وقد يصعب أحياناً إحداث التعديـــلات الكافية في معتقدات الأسرة بما يعود بالنفع على الطفل . ومع ذلك فإن الوعي بأن نظام الأسرة يمكن أن يسبب مشكلات مهمة يعد خطوة أساسية في عملية تخطيـــط البرامج اللازمة لنمو الطفل .

ولا تزال هناك حالات أخرى قد ترجع الأسباب الأساسية لمشكلات الأطفـــال فيها إلى ما تتسم بها اتجاهات أسرهم من عداء ، وإحباط ، والتقليل من شـــأنهم . وفي هذه الحالة فرغم أن محاولات أحداث تغييرات في نظام الأسرة مـــن خـــلال الدعم والاقتراحات المناسبة تعد أمرا بالغ الأهمية،إلا أن المعلم قد لا يستطيع عمل الكثير هنا سوى محاولة تعويض الطفل عن ذلك النظام الأسري غير الصحي .

ملخص

يعد القلق العام والشديد من الخصائص الأساسية التي تميز الأطفال والمراهقين ذوي مشكلات الشخصية، وهو غالباً يظهر لديهم في صورة الجبن ، أو الخوف ، أو الحساسية الزائدة، أو الخجل ، أو التشاؤم ، ويؤثر على نظرتهم للحياة نفسها . وعندما تصل هذه الخصائص درجة من الشدة بحيث تؤثر في قدرة الطفل على أداء مهام الحياة اليومية ؛ حينئذ تظهر الأعراض الكلينيكية .

ورغم أن الأسباب المحتملة لمشكلات الشخصية تمتد من العوامل العضوية التكوينية إلى الضغوط البيئية، إلا أن كثيراً من الباحثين يتفقون على أن تركيبة من أنماط التعلم الخطأ التي يمر بها الاطفال وتعرضهم للقلق تؤدي إلى ظهور مشكلات الشخصية . ويمكن أن تتخذ هذه المشكلات صورة اضطرابات القلق العام، أو اضطرابات الهلع، أو الفوبيا ، أو اضطرابات الجسدنة ، أو المشكلات العضوية المرتبطة بالضغط أو التوتر . ويعد الاكتئاب الشديد مؤشراً مبدئياً على انحراف النمو عن مساره الطبيعي لدى كثيراً من الأطفال .

وإلى هذا الحد فإن التدخلات التربوية والسلوكية تعد من أكثر الأساليب شيوعاً لمساعدة الأطفال والمراهقين ذوي مشكلات الشخصية . ويمكن أن يلعب المعلم – أكثر من غيره – دوراً أساسياً في مساعدة هؤلاء الأطفال على تنمية الثقة في قدرتهم على المواجهة ، وتقدير الذات، والمهارات الاجتماعية الجيدة . ونظراً لأن الأطفال ذوي مشكلات الشخصية يعانون من قلق مؤلم ؛ فإنهم تواقين للبحث عن أكثر الطرق فاعلية لمواجهة ضغوط الحياة، علما بأن أي تعديلات – ولو بسيطة – في البيئة (بالإضافة إلى الصبر والتشجيع) يمكن أن تسفر عن تغيرات كثيرة ومفيدة بالنسبة لهم .

الفصل الخامس

الأطفال والمراهقون ذوو الاضطرابات الأخلاقية

مقدمة

يعتبر الأطفال والمراهقون ذوو الاضطرابات الأخلاقية مصدراً لكثير من المشكلات الخطيرة سواء للوالدين، أو المعلمين ، أو المجتمع بأسره . وقد أوضحت بعض الدراسات المسحية أن ثلث أو نصف الحالات التي يحيلها الوالدان أو المعلمون إلى المتخصصين للحصول على خدمات خاصة يعدون من ذوي الاضطرابات الأخلاقية (أتكسون وفورهاند Atkeson & Forehand ، ١٩٨١) . وعلى العكس من الأطفال ذوي مشكلات الشخصية الذي يتسمون في الغالب بالهدوء ، والخوف ، والانطواء، فإن الصغار ذوي الاضطرابات الأخلاقية يميلون في الغالب إلى الإزعاج ، والاندفاعية ، والغضب ، والتدمير، والعدوان . وهذا لا يعني بالطبع أنهم لا يتعرضون للقلق والخوف ، والشعور بالرفض ، بل نجد كثيرا من الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية تنتابهم تلك المشاعر ، و غالبا تعد المشكلات السلوكية التي يمارسونها استجابات غضب واضطراب ناتجة عن الصراعات الداخلية التي يعانون منها.

وقد درج المتخصصون في الصحة النفسية – لعدة سنوات – على اعتبار الصغار ذوي الاضطرابات الأخلاقية من المنحرفين الذين لا يمكنهم التعلم من الخبرات التي يمرون بها . وكان ينظر إليهم باعتبارهم يمارسون سلوكيات تعبر عن صراعاتهم الداخلية تجاه المجتمع ، لذلك افترض أنهم لا يعانون من القلق الداخلي ، والشعور بالذنب، وإدانة الذات وغيرها من الخصائص التي تميز الأطفال ذوي مشكلات الشخصية . ومع ذلك يبدو أن مثل هذا الافتراض يعد تبسيطا شديدا للمشكلة في ذلك الوقت . وفي الواقع فإن كثيرا من الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية يشعرون بالمعاناة الداخلية الحادة فضلا

عن ممارستهم سلوكيات تعبر عن مشكلات في تفاعلهم مع المجتمع . ورغم أن مشكلاتهم غالباً ما تظهر في صورة التمرد والتحدي للعادات والتقاليد الاجتماعية، أو السلوك العدواني والمدمر ، فإنهم يتعرضون أيضاً لنفس المعاناة التي تميز الأطفال ذوي مشكلات الشخصية . ورغم ذلك فإنهما تعبران عن تجمعين مختلفين من اضطرابات الطفولة مع أن الاضطرابات الأخلاقية تتميز بمزيد من تعقد الصراعات الداخلية والشعور بالاستياء والخوف . ورغم أن هذه الاضطرابات قد تكون داخلية أو خارجية المنشأ – كما سبق أن أوضحنا في الفصل الأول – إلا أنه قد يصعب الجزم بأن مشكلة معينة لابد وأن تنتمي إلى أي من المصدرين دون الآخر ، لأنها مشكلات تتسم بالتعقد – في الواقع – أكثر مما نتصور .

الخصائص العامة للاضطرابات الأخلاقية

يعد تكرار انتهاك حقوق الأخرين باستمرار، أو عدم الالتزام بالمعايير الاجتماعية بما يتناسب مع العمر الزمني من أبرز خصائص الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية (APA ، ١٩٨٠) . ويبدو أن كثيراً من جوانب هذا التعريف تحتاج إلى إيضاح خاص .

أولا : إن أنماط السلوك التي تميز الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية تعد متكررة ومستمرة . ورغم أن معظم الأطفال قد يمارسون أحياناً سلوكيات يمكن وصفها بالتذمر ، أو الاندفاعية ، أو العدوانية أثناء مراحل نموهم المختلفة ، إلا أن الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية يمارسون باستمرار سلوكيات تتسم بالعدوان ، والاندفاع ، والتدمير رغم الجهود المضنية التي قد تُبذل لتعديل سلوكياتهم بما في ذلك العقاب .

وقد سبق أن لاحظنا أن أنماط السلوك المندرجة ضمن التصنيف الحالي الذي يطلق عليه اضطرابات أخلاقية قد تم النظر إليه أحياناً على أنه يعكس نوعاً من " البلاهة الأخلاقية " Moral Imbecility ؛ نظراً لأن الأفراد الذين يمارسون تلك السلوكيات يبدو أنهم غير قادرين على التعلم من الخبرات التي يمرون بها ، كما أنهم يستمرون في ممارسة سلوكيات سبق أن عرضتهم مراراً وتكراراً للعقاب في الماضي . و غالباً ما كان الوالدان ، والمعلمون ، والمسئولون بالمدرسة ، وحتى الشرطة ينظرون إلى هؤلاء الصغار باعتبارهم غير قابلين للإصلاح؛ نظراً لأن أي جهود تبذل لإصلاحهم يبدو أنها تذهب سدى، ولا تسفر عن أي تأثيرات فاعلة تحد من تكرار ممارستهم للسلوكيات غير المرغوبة .

كما يبدو أن الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية لا يمرون أبداً بخبرة الشعور بالذنب . وقد يبدو عليهم الشعور بالندم من لحظة إلى أخرى عقب ملاحظة نتائج أو عواقب سلوكهم العدواني أو المدمر ، بيد أن الوالدين ، والمعلمين ، وغيرهم غالباً ما ينظرون إلى ذلك الندم باعتباره نوعا من الخجل أو الحياء لأنهم يمكن أن يمارسوا تلك السلوكيات مراراً وتكراراً دون الشعور بالذنب بصورة واضحة . ورغم أن الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية – في الوقت الراهن – قد يبدون الندم الحقيقي عندما يمارسون سلوكيات معينة غير مرغوبة ، إلا أن هذا الندم لا يكفي لمنعهم من ممارسة أنواع مماثلة لتلك السلوكيات غير المرغوبة ، لذلك حاول كثيرا من الباحثين – كما سوف يتضح فيما بعد – التركيز على فهم النمو الخلقي أو نمو الضمير لدى هؤلاء الأفراد .

ثانيا : أما الجانب الثاني من التعريف التشخيصي للاضطرابات الخلقية الذي يجب التأكيد عليه فيتمثل في أن تلك الأنماط السلوكية تتضمن باستمرار انتهاك حقوق الآخرين؛ فغالبا ما يخفق الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية في إدراك أن

سلوكهم يؤثر سلبا على حقوق الناس الآخرين ومشاعرهم . وقد دفع ذلك الباحثين إلى التساؤل حول ما إذا كان بإمكان هؤلاء الأفراد التعاطف مع الآخرين، أو إنشاء علاقات إنسانية وصداقات معهم.

وفي الواقع فإن كفاية عملية التطبيع الاجتماعي تعد من الأبعاد المهمة التي يجب تمييزها أو تحديدها لدى الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية. لذلك فرغم الجدل الكبير الذي يثار حول هؤلاء الأفراد إلا أنه يمكن تقسيمهم إلى صنفين : إجتماعيين Socialized ومنخفضي الاجتماعية Under socialized .

ويبدو أن الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية الاجتماعيين يمكنهم تكوين علاقات مع الآخرين، كما أن لديهم القدرة على الانتماء والولاء ولكن مع أشخاص معينين من الأقارب أو المقربين منهم اجتماعياً . بينما قد يتسمون في نفس الوقت بالقسوة والجفاف مع الغرباء وعدم الاكتراث كثيراً بمشاعرهم أو معاناتهم. ولعل جماعة الجانحين أو المجرمين تعد مثالاً تقليدياً على الاضطرابات الأخلاقية الاجتماعية ؛ حيث يوجد احترام قوي للمعايير والأعراف الاجتماعية الخاصة بمجموعة ثقافية منحرفة ، دون الاعتراف أو الالتزام بوجود أي حق شرعي للآخرين خارج هذه الجماعة (إمبي Empey ، ١٩٦٧) .

وعلى العكس من ذلك فإن الأفراد ذوي الاضطرابات الأخلاقية منخفضي الاجتماعية فلا تربطهم بالآخرين سوى علاقات سطحية في أحسن الأحوال . ولديهم قدرة ضعيفة على التعاطف مع الآخرين ، ولا يستطيعون تنمية روابط عاطفية حقيقية معهم . ومثل هؤلاء الأفراد لا يترددون في مناورة الآخرين أو مراوغتهم واستغلالهم لتحقيق مصالحهم الشخصية دون اعتبار لمشاعرهم . ونادراً ما يشعرون بالذنب أو الندم على سلوكهم المنحرف؛ لأنهم بكل بساطة لا

يهتمون مطلقاً بحقوق الآخرين أو مصالحهم أو سعادتهم . إن سلوك هؤلاء الأفراد يتميز بالاندفاع نحو التمركز حول الذات (الأنانية)، ولا يهتمون كثيراً بعواقب سلوكياتهم إلا إذا كانت سوف تؤثر على حياتهم فقط (انظر المربع رقم ٥-١) .

ومن الأبعاد الأخرى التي يختلف فيها الأفراد ذوي الاضطرابات الأخلاقية هو ما إذا كانوا يمارسون السلوك العدواني أم لا . فالأطفال غير العدوانيين لا يمارسون سلوكيات تتضمن المواجهة البدنية المباشرة مع الآخرين ، بيد أن سلوكهم يتميز بالخروج على المعايير الاجتماعية باستمرار . وقد تتضمن الاضطرابات الأخلاقية سلوكيات تمتد من العناد وعدم الخضوع، والإخفاق في الأداء سواء في المنزل أو المدرسة، إلى إساءة استعمال المواد المخدرة (الإدمان)، وتكرار الإهمال، أو الهرب ، أو تخريب الممتلكات سواء العامة أو الخاصة، أو البغاء ، أو الانحراف الجنسي ، أو السرقة التي لا تتضمن مواجهة جسدية .

وعلى العكس من ذلك فإن الاضطرابات الأخلاقية العدوانية غالباً ما تتضمن تكرار فترات المواجهة العنيفة مع الآخرين التي تشمل الاعتداء الجسدي، أو السرقة التي تتضمن المواجهة الجسدية (السرقة بالإكراه) ، أو الاعتداء الجنسي العنيف (الاغتصاب) . وقد تمتد هذه السلوكيات من تكرار جذب الأقران بعنف والعراك في المنزل أو المدرسة ، إلى الاعتداء على الآخرين أو الهجوم عليهم، أو الاغتصاب أو القتل . ويلخص المربع رقم (٥-٢) التصور الحالي للاضطرابات الأخلاقية .

مربع رقم (٥-١) : مارلا . م . : حالة اضطراب أخلاقي عدواني منخفض الاجتماعية

تم إيداع الطفلة " مارلا " بإصلاحية الأحداث لمدة شهرين وهي في الخامسة عشر من عمرها . وفي الواقع فقد كان من الممكن أن تودع بتلك الإصلاحية وهي في الحادية عشر بسبب اعتدائها على سيدة عجوز، حيث حاولت انتزاع كيس النقود منها بقوة ، وعندما أخفقت في ذلك نظرا لقبض السيدة عليه بقوة اعتدت عليها الطفلة بالضرب عدة مرات . لكن لم يتم القبض على مارلا في ذلك الوقت ، وكذلك خلال المرات التالية التي مارست فيها أنشطة مماثلة . ولم يحاول أحد إبلاغ الشرطة عنها بسبب سرقة المحلات ، رغم أنه تم القبض عليها مرتين من قبل ، وقام أصحاب المحلات بتأنيبها تأنيبا قاسيا ، وهي تعد مرات قليلة جدا مقارنة إلى الأعمال المنحرفة التي قامت بها منذ كانت في الصف السادس الابتدائي؛ حيث كانت تسرق كل شيء من الحلوى والشكولاته والعصائر، إلى أدوات الزينة، والملابس والمجوهرات ، فكانت إذا رغبت أي شيء تراقبه جيدا حتى تتحين الفرص المناسبة كي تسرقه .

وقد أشارت تقارير المدرسة أن " مارلا " تمارس سلوكيات مخلة بالنظام منذ كانت بالصف الثالث الابتدائي ، فقد كانت غير متعاونة وتتسم بالجرأة والتحدي، وكانت المعلمات تندهش لسماع أسلوبها غير المهذب مع زميلاتها ، فضلا عن عدوانيتها نحوهم بفناء المدرسة. فقد كان سلوكها يشبه سلوك الأطفال الذكور إلى حد كبير؛ حيث كانت تنافس معظم الأولاد في عدوانيتهم عندما تنفعل بصورة يصعب التحكم فيها دون اعتبار للعواقب . ورغم أن معظم الأطفال يفكرون جيدا وقد يترددون مرارا قبل الإقدام على العراك مع الآخرين ، إلا أن " مارلا " لم تلقي بالا مطلقا لذلك ، ولم تعبأ إن كان من تشتبك معه صغيرا أم كبيرا، حيث كانت تهاجم بشراسة لدرجة تجعل الكبار يترددون في الإقدام على تهديدها أو عقابها . لذلك كان المعلمون والزملاء يتركونها وحيدة ويبعدون عنها معظم الوقت .

وعندما كانت " مارلا " تترك وحدها لمدة طويلة دون أن يطلب منها أحد أي شيء؛ حينئذ لم تكن تتعرض للصراع أو العنف، فلم تكن شرسة ، بينما يحدث ذلك عند عدم تلبية مطالبها أو الحصول على ما تريد في الحال . وعندما يتم سؤالها عن أسباب عدم قدرتها على مواجهة الإحباط لم تستطيع تقديم أسباب مقنعة أو منطقية لذلك. وكانت تلوم الآخرين عند

تابع مربع (٥-ل)

حدوث أي شيء غير عادي مع الميل إلى النظرة المتعالية (البارانويا) للعالم من حولها . فبمجرد حدوث أي شيء تندفع في الحال لتوجيه اللوم لأي فرد آخر على ذلك. وبالمثل فقد كان المحيطون " بمارلا " ينظرون إليها باعتبارها أنانية، ومتمركزة حول ذاتها لأن كل ما يعنيها في أي موقف هو مدى تأثيره عليها .

وكانت " مارلا " تتمتع بمستوى متوسط من حيث القدرة العقلية العامة، ومن ثم كان بوسعها تحقيق مستوى أداء في المدرسة أفضل مما هي عليه ، بيد أنها تقضي معظم وقتها غارقة في أحلام اليقظة ؛ حيث تتخيل أنها أصبحت عارضة أزياء أو نجمة سينما . وكل ذلك مجرد صور خيالية فقط ، إذ لا يوجد لديها أي مفهوم أو تصور حول ما يمكن أن تفعله فيما لو أصبحت غنية أو مشهورة .

ورغم أن " مارلا " كان لديها اهتماما بالأولاد ، إلا أن ارتباطها بهم كان سطحيا وعابرا، وكانت تركز على مدى عنف ، وقسوة ، وخشونة الولد ، ومدى إعجابه بمظهرها وبسلوكياتها. ورغم أنها وصلت سن البلوغ مبكرا (في الثانية عشر من عمرها) إلا أنها لم تعبأ بإقامة علاقات عاطفية مع الآخرين، بقدر ما كانت تستخدم ذلك في مراوغتهم واستغلالهم لتحقيق مآربها الشخصية . وبالمثل فرغم أنه كانت لديها حرية استخدام المشروبات الكحولية والمواد المخدرة ، إلا أنها لم تكن تستخدمها باستمرار أو بانتظام ، ولم تكن تبذل جهدا كبيرا للحصول على المواد المنبهة .

وقد كان من الصعب على " مارلا " تحديد أي شيء مهم لها في الواقع سوى إشباع نزواتها أو رغباتها الملحة . ولم تكن لديها أي عواطف نحو أمها المطلقة، كما أنها لم ترى والدها أو تعرفه قط ، ولم يكن لديها ولاء لأي صديق؛ بل كانت تستجيب وقتيا لكل من يظهر إعجابه بها ، أو يشعرها بأنها جذابة . ولم يكن لديها أهداف في حياتها قط سوى تلك التخيلات الفجة التي تنخرط فيها وتتوهم أنها أصبحت نجمة، ولم تبدي أي محاولات حقيقية تدل على إمكانية تحويل تلك الأوهام إلى واقع بدلا من قضاء ساعات طويلة أمام المرآة وعمل المكياج، حيث كان المظهر الجذاب هو الشيء الوحيد الذي تحاول المحافظة عليه باستمرار . فقد كانت تنفق كل ما لديها من نقود على الملابس وأدوات الزينة ، وإن لم يكن معها ما تشتري به تقوم بسرقة هذه الأشياء من المحلات . وكان الآخرون يحتلون أهمية لديها فقط عندما يجعلونها تشعر بأنها جميلة وجذابة .

تابع مربع (٥-١)

وقد حاول المعلمون والاختصاصيون النفسيون فهم " مارلا " والتعامل معها لعدة سنوات من خلال فحص تاريخها النمائي . ورغم أن حياتها الأسرية كانت صعبة في الواقع، إلا أنها لم تتعرض للإهمال أو سوء المعاملة . بيد أن أمها فقدت القدرة على السيطرة عليها منذ كانت بالصف الرابع، وكان يصعب عليها معرفة متى تطلب شيئا معينا ، أو متى تتجاهله ، أو حتى متى تغضب؟ . لذلك قررت والدتها تركها وشأنها وحيدة أكثر مما يمكن أن تفعله أي أم . وفي المرات النادرة التي كانت تبدي خلالها بعض العواطف البسيطة نحو أمها، كانت تستجيب الأم لها بقليل من المشاعر العميقة ، وكانتا تتعانقان ، ولكن سرعان ما يحدث انفجار مفاجئ يتضمن تبادل السب والإهانة وسوء المعاملة .

والغريب أن نجد الشيء الوحيد الذي تظهر فيه مشاعر " مارلا " بشدة عادة هو الشعور بالذنب . وحتى في تلك الأثناء ، وبعد أن تبدي ما يعبر عن الندم الحقيقي فإن ذلك قد يتبع فورا بنوبات من الغضب الشديد، أو تكرار ممارسة نفس السلوك الذي ندمت عليه لتوها . وحتى إذا حاولت " مارلا" الاعتذار المصحوب بالبكاء والحزن؛ فإنها لم تكن تتورع عن توجيه اللوم للآخرين لأنهم سبب ممارستها للسلوك الذي عرضها للاعتذار .

وعندما بلغت " مارلا " الخامسة عشر أصبح مستقبلها كئيبا، فقد كرهت نظام الحياة في المؤسسة واستمرت في العدوانية الفجة التي كانت سبب إدخالها إلى مؤسسة الإصلاح . إلا أن هناك علامة مبشرة ظهرت خلال الشهرين الأولين من دخول " مارلا " المؤسسة واستمرت معها، تلك التي تتضمن الاهتمام بمظهرها ؛ حيث استطاعت إحدى المعلمات التي تتسم بالجاذبية - لديها اهتمام قوي بالمحافظة على مظهرها الجذاب - التفاوض مع " مارلا" لإبرام تعاقد سلوكي معها . وقد تضمن ذلك أن تحصل " مارلا " على نقاط (تمثل كوبونات) يوميا يمكن أن تستخدمها في شراء المجلات الخاصة بالجمال وأدوات التجميل ، وذلك مقابل الالتزام بنظام المؤسسة ، وممارسة السلوك التعاوني ، والكف عن العدوان، والتحكم في انفعالاتها . كما يمكنها الحصول على نقاط أخرى كمعزز تتيح لها فرصة القيام برحلة إلى الجزء الخاص بأدوات التجميل في أحد المحلات الكبرى بالحي، وذلك عندما تلتزم بممارسة السلوكيات المتفق عليها على المدى الطويل .

تابع مربع (٥-١)

ورغم أنه يعد من السابق لأوانه – عند هذا الحد – توقع التغيرات التي يمكن أن تحدث لسلوك "مارلا" بناء على ذلك البرنامج، فمن المهم أن نأخذ في اعتبارنا أنها استطاعت تكوين علاقة مع المعلمة التي تشاركها اهتماماتها بالموضة وأدوات التجميل ، وتعد هذه العلاقة الحقيقية الوحيدة التي كونتها "مارلا" مع أحد واستمرت لعدة أسابيع .

مربع رقم ٥-٢ خصائص الاضطرابات الأخلاقية

عدواني	غير عدواني
- أفعال غير دفاعية تعبر عن العدوان أو التدمير .	- تكرار انتهاك القواعد المناسبة للعمر الزمني (مثل الإهمال ، وإساءة استعمال المواد المخدرة) .
- سرقات تتضمن مواجهة جسدية مع الضحايا .	- تكرار الهرب من المنزل وقضاء الليل خارجه .
- لديه صداقات تستمر ستة شهور أو أكثر .	- تكرار الكذب الخطير على الوالدين والآخرين .
- يبذل جهدا من أجل الآخرين حتى لو لم يحقق فائدة شخصية منها .	- السرقة دون مواجهة جسدية مع الضحية.
- الشعور أحيانا بالذنب أو الندم بصورة مناسبة .	- تكوين صداقات تستمر لأكثر من ستة أشهر .
- تجنب إنذار الأصدقاء أو لومهم . .	- يبذل جهدا من أجل الآخرين حتى لو لم يحقق فائدة شخصية من جراء ذلك .
- الاهتمام بشؤون الأصدقاء .	- الشعور أحيانا بالذنب أو الندم بصورة مناسبة .
- الاستمرار في السرقة أو العنف لفترة تزيد على ستة أشهر .	- تجنب إنذار الأصدقاء أو لومهم .
	- الاهتمام بشؤون الأصدقاء .
	- المحافظة على الاستقامة لمدة تزيد على ستة أشهر .

تابع مربع رقم (٥-١)

منخفض الاجتماعية

- أفعال غير دفاعية تعبر عن العدوان أو التدمير.
- سرقات تتضمن مواجهات جسدية مع الضحايا .
- عدم تكوين صداقات دائمة أو حتى تدوم لمدة ستة أشهر .
- عدم الإقدام على مساعدة أحد أو بذل أي جهد للآخرين سوى لتحقيق مصلحة شخصية .
- نادرا ما يشعر بالذنب أو لوم النفس .
- إنذار الأصدقاء أو لومهم إذا كان في ذلك مصلحته الشخصية .
- عدم الاهتمام بشؤون الآخرين .
- المحافظة على الاستقامة لمدة تزيد على ستة أشهر .

- تكرار انتهاك القواعد المناسبة للعمر الزمني (مثال الإهمال ، وإساءة استعمال المادة) .
- تكرار الهرب من المنزل وقضاء الليل خارجه .
- تكرار الكذب الخطير على الوالدين والآخرين
- السرقة دون مواجهة جسدية مع الصحبة
- عدم تكوين صداقات دائمة أو حتى تدوم لمدة ستة أشهر .
- عدم الإقدام على مساعدة أحد أو بذل أي جهد دون مصلحة شخصية في ذلك .
- نادرا ما يشعر بالذنب أو لوم النفس .
- إنذار الأصدقاء أو لومهم إذا كان في ذلك مصلحته الشخصية .
- عدم الاهتمام بشؤون الآخرين .
- المحافظة على الاستقامة لمدة تزيد على ستة أشهر .

وقد تساءل بعض الباحثين حول صدق عملية التمييز بين تلك التصنيفات الفرعية من الاضطرابات الأخلاقية . وفي الواقع ، فقد تساءل البعض حول أهمية وصدق مفهوم الاضطرابات الأخلاقية برمته كتصنيف تشخيصي مفيد . فقد أجرى كل من لويس ، ولويس، ويونجر ، وجولدمان Lewis, Lewis , Unger, & Goldman (١٩٨٤) دراسة – على سبيل المثال – قارنوا فيها مجموعة تضم ٦٦ من

المراهقين الذكور المنومين بمستشفى للعلاج من بعض الأمراض العضوية . وقد تم جمع معلومات عن الخلفية الأسرية والمدرسية لجميع الأفراد في المجموعتين ، كما تم جمع معلومات حول ما قد يبدو عليهم من مؤشرات أو أعراض حالية مثل الهلاوس السمعية أو البصرية ، أو اضطرابات التفكير ، أو الهذاءات أو الانطواء، أو الحزن ، أو البكاء ، أو السلوك الانتحاري ، أو مشكلات النوم ، أو صعوبات التعلم ، أو إشعال الحرائق ، أو قتل الحيوانات؛ وكذلك العلامات النيورولوجية البسيطة مثل اضطرابات عملية المشي، أو الجري ، أو القفز، أو الوقوف ، أو عدم انتظام الأنشطة الحركية المتسقة، أو الحركة الزائدة وعدم الراحة، وغيرها من الأنشطة الحركية غير العادية . وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن الصغار الذين تم تشخيصهم باعتبارهم من ذوي الاضطرابات الأخلاقية تبدو عليهم أيضا مجموعة من الأعراض السابقة ، وهي أيضا نفس الأعراض التي قد يعاني منها الأولاد الذين لم يتم تشخيصهم كذلك، مع استثناء واحد، هو السلوك العدواني الذي يعد الخاصية الوحيدة التي تساعد في تشخيص الاضطرابات الأخلاقية. ومع ذلك فإن السلوك العدواني يمكن أن يحدث لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية ، أو الاضطرابات النيورولوجية، وقد يظهر أحيانا لدى أفراد لا تبدو عليهم أي اضطرابات نفسية . لذلك فقد نتساءل حول مشروعية التمييز بين الاضطرابات الأخلاقية (التي تعد العدوانية المظهر الوحيد الذي يميزها) ، وغيرها من الاضطرابات النفسية التي قد تتضمن العدوانية كإحدى خصائصها أيضا .

إن مثل هذا التساؤل جدير بالاهتمام ويجب أن يؤخذ في الاعتبار عند مناقشة أي شيء يخص الاضطرابات الأخلاقية . ومع ذلك فإن مفهوم الاضطرابات الأخلاقية كتصنيف تشخيصي يعد منتشرا ومفيدا في الوقت الراهن،

وسوف نستمر في تطبيقه والأخذ به خلال هذا الكتاب ، مع التنويه إلى أن استخداماته التشخيصية حاليا ليست دقيقة أو سهلة ، فعملية التشخيص لا تعدو إلا أن تكون مجرد وسائل نفسية تساعد في تنظيم أفكارنا وبحوثنا. فقد تختلف الأشياء في عالم الواقع عن تصوراتنا لها ، ومن ثم يجب أن نتحلى بقدر كبير من المرونة كي نغير تفكيرنا حسب متطلبات الواقع .

وجدير بالذكر أننا عندما نتعرض لمشكلات الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية فإننا نناقش نطاقا كبيرا من الصعوبات التي تختلف كثيرا فيما بينها من حيث طبيعتها وشدتها . فقد يعاني طفل يبلغ من العمر ست سنوات وكذلك مراهق يبلغ ثمانية عشر عاما من الاضطرابات الأخلاقية الشديدة ، ورغم ذلك فقد يظهر كل منهم نوعا من المشكلات تختلف عن تلك التي يبديها الآخر وفقا لأعمارهم الزمنية . فالسلبية والتحدي، والعراك المتكرر في فناء المدرسة ، وإرهاب الأقران ، والابتزاز ، والسباب أو الإزعاج في المنزل، وتهديد المعلمين .. كلها أنماط سلوكية شديدة يمكن أن يتكرر صدورها عن مراهق عدواني أو مهاجم خطير . وللأسف فإن هذه هي الحالة التي يمكن أن يصل إليها سلوك الطفل ذي الست سنوات إذا ترك دون علاج ، رغم أن سلوكه في ذلك السن لم يكن يمثل تلك الخطورة أو التدمير الشديد الذي ظهرت في سلوك المراهق .

ونود الإشارة هنا إلى أن اهتمامنا يجب أن لا ينصب على سلوكيات معينة أو أنماط سلوكية محددة فحسب، ولكن يجب أن يمتد ليشمل الإطار العام للشخصية التي تمارس تلك السلوكيات بصورة كلية . فكل من الإهمال في أداء الواجب والسرقة بالإكراه تعد سلوكيات مختلفة من حيث شدتها بوضوح ، بيد أن كليهما يعكس مشكلة أساسية تتضمن خللا في العلاقة مع الآخرين والتوقعات الاجتماعية أو كلاهما – حسب الظروف المحيطة به – وربما يعد ذلك نوعا من الاضطرابات الأخلاقية .

ومن الضروري أن نأخذ في اعتبارنا أن مفاهيم مثل الجناح والجريمة تستخدم في مجال القانون أكثر مما تستخدم لوصف مشكلات نفسية وتربوية معينة . ويتم الحكم على الفرد بأنه جانح أو مجرم من قبل رجال الشرطة ، أو القضاء ، وذلك بناء على أدلة وبراهين تشير إلى ارتكابه لأفعال أو أنشطة معينة يحددها القانون . ومع ذلك فإذا نحينا المجال القانوني جانبا ، فإن حدوث سلوكيات أو أنماط سلوكية معينة في إطار وظائف الشخصية والبنية النفسية للفرد بصورة كلية تعد العوامل الأساسية للحكم على وجود الاضطرابات الأخلاقية.

أسباب الاضطرابات الأخلاقية لدى الأطفال والمراهقين

يبدو أن مشكلة معقدة ومتعددة الجوانب مثل الاضطرابات الأخلاقية لدى الأطفال والمراهقين يصعب اختزالها إلى مجموعة بسيطة من العوامل . وفي الواقع فإن أسباب الاضطرابات الأخلاقية قد تتعد وتختلف باختلاف المشكلات التي تنطوي عليها تلك الاضطرابات . وقد اقترح أصحاب النظريات السيكودينامية - وقد أوضحنا وجهة نظر كل من فرويد وإريكسون سلفا - عددا من العوامل السببية في النمو المبكر خلال مرحلة الطفولة وما تتضمنه من وظائف نفسية داخلية . كما أوضح أصحاب النظريات السلوكية والتعلم الاجتماعي بعض الجوانب التعليمية والاجتماعية ذات التأثير الواضح في ظهور تلك المشكلات ، كما قدم المتخصصون في علم الاجتماع إضافات جوهرية ساعدت في فهم الاضطرابات الأخلاقية . وقد رأي البعض وجود علاقة بين العوامل الوراثية والتكوينية وأسباب الاضطرابات الأخلاقية . فضلا عن أن الأبحاث الحديثة حول العيوب النيورولوجية أدت إلى ظهور أفكار جديدة حول أسباب هذه المشكلات وكذلك إلى أفكار جديدة حول أساليب التدخل لعلاجها .

ومع ذلك يجب أن نأخذ في الاعتبار أن فهمنا لتلك المشكلات يعد قاصرا حتى الآن ولم يكتمل بعد . فقد يجتهد الباحثون في دراسة أسباب الاضطرابات الأخلاقية وأساليب علاجها، ورغم ذلك فقد يتعرض للشك والارتباك عندما يواجه المشكلات الخاصة بطفل معين وأسرته .

العوامل الوراثية والمزاجية كمسببات للاضطرابات الأخلاقية

رغم أن النظريات الوراثية حول أسباب الاضطرابات الأخلاقية ظهرت منذ زمن طويل (فهي من أقدم النظريات تاريخيا) ، إلا أنه لا توجد – حتى الآن – أدلة واضحة على وجود مكونات وراثية محددة تكمن خلف هذه الاضطرابات . ومع ذلك فهناك أدلة قوية ومتزايدة على أن الخصائص المزاجية قد تلعب دورا مهما كمسببات للاضطرابات الأخلاقية؛ لذلك يصعب الربط بين وجهتي النظر السابقتين ، ويبدو من الأفضل مناقشة كل منهما على حدة بصورة منفصلة .

العوامل الوراثية

لقد كانت النظريات التي تذهب إلى اعتبار الوراثة المسبب الأساسي للاضطرابات الأخلاقية موضع جدل كبير عبر التاريخ منذ هيبوقراط Hippocrates حتى الآن . وبصورة عامة هناك فكرة تتضمن وجود " بذرة سيئة " Bad Seed تسبب السلوك المضاد للمجتمع . ومن الأمثلة التي تعكس تلك الفكرة الدراسة التي أجريت على أسرة كاليكاك Kallikak ، ونشرها جوادرد Goddard عام ١٩١٢. فقد كتب جودارد تقريرا يفيد أنه تتبع مسارين مختلفين من ذرية شاب يدعى

مارتين كاليكاك ، وهو شاب يتيم التحق بالهيئة العسكرية في بداية الثورة الأمريكية وهو في الخامسة عشر من عمره ، وقد أنجب كاليكاك طفلا من شابه متخلفة عقليا التقى بها في إحدى الحانات التي زارها ، وبدأ بذلك أحد المسارات الوراثية لذريته . وبعد انتهاء الحرب تزوج كاليكاك فتاة محترمة ذات صفات جيدة، وأنجب منها طفلا مكونا مسارا آخر لذريته، وقد وجد جودارد من خلال تتبعه لهذين المسارين ، أن مسار أبناء المرأة المتخلفة تضمن ٣٣ من المنحرفين، منهم ٢٤ مدمنين للكحوليات، وثلاثة مجرمين ، وثمانية من المنتميات إلى بيوت الدعارة ؛ فضلا عن انتشار الاضطرابات النفسية بأنواعها المختلفة بين الذرية المنتمية إلى هذا المسار . أما الذرية المنتمية إلى المسار الثاني – الزواج الشرعي – فقد تضمنت فقط ثلاثة من الرجال المنحرفين ، واثنين من مدمني الكحوليات ، وواحد من المنحرفين جنسيا .

ولسوء الحظ فإن دراسة جودارد لم تأخذ في الاعتبار كثيرا من المتغيرات البيئية ؛ مثل الحرمان الثقافي والاقتصادي .. وغيرها من المتغيرات ذات التأثير البالغ في هذا الصدد . ويبدو أن دراسة جودارد كانت متحيزة حيث حاولت تفسير مشكلات معقدة ومتعددة الجوانب في ضوء الوراثة فقط ، وبالتالي أضافت مزيدا من الشكوك حول التفسيرات الوراثية لتلك المشكلات المعقدة .

وقد استمر الباحثون – خلال السنوات التالية لنشر تقرير جودارد – في دراسة احتمال وجود أسباب وراثية للاضطرابات الأخلاقية . وفي عام ١٩٢٩ نشر أحد الباحثين الألمان نتائج دراسته حول تكرار حدوث السلوك المضاد للمجتمع بين أزواج التوائم المتماثلة، والمتشابهة أو المتآخية، والتوائم مختلفة الجنس (روزينثال Rosenthal ، ١٩٧٢) . وقد أوضحت هذه الدراسة أن معدل حدوث السلوك المضاد للمجتمع بين التوائم المتماثلة (أحادية البويضة) يفوق

معدل حدوثه بين أنواع التوائم الأخرى بمقدار ستة أضعاف. ورغم نشر نتائج مماثلة لدراسات أخرى خلال الثلاثينيات من القرن العشرين إلا أن أي منها لم يحدد بالضبط العوامل الوراثية المسؤولة عن نقل الاضطرابات الأخلاقية وسلوك الجناح . وقد قام دافيد روزينثال David Rosenthal (١٩٧١) بمراجعة بعض الدراسات التي أجريت حول العلاقة بين الوراثة والسلوك المضاد للمجتمع، وخلص إلى وجود عدة احتمالات في هذا الصدد تشمل وجود خلل بالمخ من نوع أو آخر ، أو انخفاض مستوى الذكاء ، أو العوامل التكوينية مثل بنية الجسد ، أو شذوذ وراثي حقيقي يتضمن زيادة كروموزوم من النوع الذكري في الخلية (زملة أعراض X YY) .

ومع ذلك يبدو أن أي من هذه العوامل لا يعد في حد ذاته سببا وراثيا للاضطرابات الأخلاقية . فخلل المخ – على سبيل المثال – قد يكون ضمن أسباب الاضطرابات الأخلاقية؛ إلا أن هذا لا يعني بالضرورة أن اضطرابات المخ تعتبر وراثية . فهناك احتمال كبير لحدوث خلل بالمخ أثناء الحمل (وجود الجنين داخل الرحم) ، أو أثناء عملية الولادة أو بعدها . وسوف نناقش فيما بعد العلاقة بين القصور النيورولوجي (العصبي) والاضطرابات الأخلاقية بشيء من التفصيل .

ورغم أن انخفاض مستوى الذكاء قد يكون أيضا أحد العوامل المسببة للاضطرابات الخلقية، إلا أن معظم الأفراد منخفضي الذكاء لا يعانون من تلك الاضطرابات ؛ حيث يجب توافر مؤثرات أخرى تتفاعل مع مستوى الذكاء المنخفض كي يعد سببا مهما لهذه الاضطرابات . وفي مثل تلك الحالات فإن المؤثرات الأخرى قد تعتبر أكثر أهمية من مستوى الذكاء نفسه في إحداث الاضطرابات الأخلاقية ؛ فرغم أن الصغار الجانحين كمجموعة مثلا قد يتميزون بانخفاض مستوى الذكاء مقارنة بغير الجانحين منهم (هيرشي وهيندلانج

Hirschi & Hindenlang ، ١٩٧٧ ؛ موفيت وجاريلي ، وميدنيك ، وشلزينجر Moffitt, Gabrielli , Mednick & Schulsinger ، ١٩٨١) ، إلا أنهم أكثر عرضة لخبرات الإحباط الشديدة في المدرسة ، ولا يقضون وقتا طويلا بالمدرسة، ويتعرضون لمزيد من الرفض الاجتماعي سواء من المسئولين بالمدرسة أو الأقران، وأكثر سهولة للتأثر بالآخرين ، كما يصعب عليهم الحصول على عمل مناسب.

وقد تلعب العوامل البنائية مثل بنية الجسد دورا في نشوء الاضطرابات الأخلاقية ، بيد أنها – مثل مستوى الذكاء المنخفض – يجب أن تتفاعل مع عوامل أخرى كي تسهم في إحداث اضطرابات سلوكية معينة . وفي الواقع فإن التكوين الجسدي نفسه يشير إلى تفاعل بين الوراثة، والعوامل الخاصة ببيئة الرحم ، والعوامل الخاصة بمرحلة الولادة وما بعدها .

وفي النهاية فإن فكرة وجود كروموزوم ذكري زائد يسبب السلوك العدواني كعامل مهم في السلوك المضاد للمجتمع والاضطرابات الأخلاقية لم تعد مقبولة ؛ لأن الأبحاث التي أجريت في هذا الصدد أخفقت في إثبات أن الذكور ذوي الكروموزوم. الزائد (xyy) لا يتميزون بالعدوانية أكثر من غيرهم رغم تميزهم بمستوى ذكاء منخفض (سيجال وياهراز Segal & Yahraes ، ١٩٧٩) .

خلاصة القول أنه لا توجد أدلة قوية تفيد بأن للوراثة تأثير مباشر في نشوء الاضطرابات الأخلاقية ، فضلا عن أنه يوجد اتفاق عام على أن الاضطرابات الأخلاقية، وسلوكيات الجناح والإجرام تعد نماذج سلوكية تنتمي إلى أنماط وراثية غير متجانسة (متباينة) وتحدث نتيجة تفاعل مجموعة من المتغيرات المعقدة (روزينثال ، ١٩٧١) .

العوامل التكوينية

هي تلك الخصائص التي يولد بها الطفل أو عقب الولادة مباشرة نتيجة تفاعل العوامل الوراثية، والظروف داخل الرحم، وظروف الولادة ، والمتغيرات التي تؤثر على الطفل أثناء مرحلة المهد. لذلك فإن العوامل التكوينية تعد مفهوما أشمل من الوراثة ؛ بل تشمل الخصائص الوراثية ، وتعد بنية الجسد والمزاج من الجوانب التكوينية المهمة التي جذبت انتباه الباحثين ومناقشات المنظرين خلال السنوات الأخيرة .

وفي عام ١٩٥٠ كتب شيلدون وإلنورجلوك **Sheldon & Eleanor Glueck** نتائج دراسة أجريت على ٥٠٠ من الذكور الجانحين ، و ٥٠٠ من غير الجانحين. وقد قام الباحثان في بداية عام ١٩٤٨ بإجراء دراسات شاملة للخلفية الأسرية ، والخصائص الشخصية ، والبدنية لعينة من الأطفال الذكور من مناطق محرومة ثقافية واقتصاديا بمدينة بوسطن الأمريكية . ورغم أن الباحثان أدركا أن الفقر ، وتدني مستوى المدارس، والحرمان الاقتصادي تعد من العوامل المهمة المسببة للاضطرابات الأخلاقية بين أفراد عينة الدراسة من الجانحين ، إلا أنهما حاولا البحث عن أسباب تفسيرية أخرى غير تلك العوامل البيئية ؛ نظرا لأن أفراد مجموعة الدراسة من غير الجانحين أتت من نفس البيئة أيضا .

وقد اتضح من خلال الدراسة المتعمقة للخلفية الأسرية أن التماسك الأسري يعد من أوضح الفروق بين أسر الجانحين وغير الجانحين، حيث ينتمي الصغار الجانحين في الغالب إلى اسر غير مستقرة ومتصدعة . وقد يمارس الوالدان أنفسهم في هذه الأسرالسلوك الجانح ، بينما يتسم بعضهم بالاضطرابات النفسية والإدمان ، و غالبا ما تتسم حياة الأسرة بالفوضى، وعدم النظام ؛ فالأم غير

منضطبة ولا تتبع النظام ، والأب جاف وصارم، ولا يلتزم بمعايير سلوكية ثابتة . وبصورة عامة تتصف هذه الأسر بالصراعات الواضحة، وزيادة معدل الطلاق بين الوالدين، والافتقار إلى الدعم الأسري فضلا عن أنها تحيا حياة تتسم بالإهمال واللامبالاة . (جلوك وجلوك Glueck & Glueck ، ١٩٦٢) .

وقد توصلت دراسة جلوك وجلوك سالفة الذكر إلى بعض النتائج المهمة ذات العلاقة بمناقشتنا الحالية منها وجود فروق تكوينية في بنية الجسد بين أفراد مجموعة الجانحين وأقرانهم في مجموعة غير الجانحين ، حيث تميز الأولاد الجانحين بصورة عامة ببنية جسدية أقوى ، ومزيد من التناسق في تكوين الجسد، وقوة العضلات من أقرانهم غير الجانحين . ورغم أن أفراد مجموعة الجانحين يتجانسون مع أقرانهم من غير الجانحين من حيث العمر الزمني، والسلالة ، والمستوى الاجتماعي ، والاقتصادي ، والحي السكني ، إلا أنهم يتفوقون في قوة العضلات وبنية الجسد عامة . ولعل ذلك هو ما دفع جلوك وجلوك إلى الخروج من دراستهما باستنتاج عام مؤداه أن بنية الجسد تلعب دورا ما في نشوء سلوك الجناح .

ومن المهم أن نأخذ في الاعتبار أن هذا الاستنتاج لا يعني أن جلوك وجلوك إدعيا بأن بنية الجسد أو تكوينه يعد العامل الوحيد أو حتى المهم في نمو الاضطرابات الأخلاقية . وفي الواقع فقد شعرا بضرورة التأكيد على أن بنية الجسد قد لا تكون أحد العوامل التي تسبب تلك الاضطرابات بصورة مباشرة ، بيد أنهما أرادا فقط تفسير نتائج دراستهما بالقول أن بنية الجسد قد تلعب – على أفضل تقدير – دورا غير مباشر في حدوث المشكلات الأخلاقية . فقد يساعد الجسد القوى على جعل السلوك العدواني أكثر تأثيرا وفاعلية منه لدى الصغار الضعفاء . لذلك فإن الصغار الذين يتكرر تعرضهم لخبرات الإحباط وخصائص

الحرمان قد يجدوا أن الممارسات العدوانية ضد الأقران أو حتى الوالدين وغـيرهم من رجال السلطة قد تكون أحيانا أكثر فاعلية في تحقيق رغباتهم . وإذا أدى مثـل هذا السلوك إلى تحقيق النجاح المنشود في كثيرا من المواقف فإنه من المتوقـــع أن يكون ذلك هو نمط تعامله مع العالم باستمرار (جلوك وجلوك ، ١٩٦٨) .

وهكذا فرغم أن نتائج دراسة جلوك وجلوك بخصوص الجوانب التكوينيـــة كمسببات للجناح تعد مثيرة للاهتمام إلا أنه لا توجد دراسات تتبعية منظمة حاولت تأكيد تلك النتائج أو ضحدها . وفي الواقع فلا يوجد سبب واضح لذلك، وبالتـــالي فإن هذه الفكرة ما زالت غير مؤكد وغير نهائية وفي انتظار مزيد من الدراســـات في هذا الصدد .

ومن جهة أخرى فقد اتخذت بعض الأبحاث مسارا آخر في دراسة العوامـــل التكوينية كمسببات للاضطرابات الأخلاقية ، مما أسفر عن رســـم صـــورة أكـــثر وضوحا حول دور العوامل المزاجية في حدوث تلك المشكلات . ففي عـام ١٩٦٨ نشر كل من ألكساندر توماس، وستيلاتشـــيس ، و هـــيربرت بـــيرش Alexander Thomas , Stellachess , & Herbert Berch كتابا يمثل نقطـــة تحـــول فـــي المجـــال – بعنوان" المزاج والاضطرابات السلوكية لدى الأطفـــال " ، لخصـــوا فيـــه نتـــائج دراستهم حول العلاقة بين العوامل المزاجية ونمو الأطفال الصغار . ومن الغريـــب أن هؤلاء الباحثين قد واجهوا معارضة وعدم تشجيع كبـــير مـــن زملائـــهم لأن دراسة العوامل التكوينية والوراثية تعد – من وجهة نظرهم – موضة قديمة وغير مجدية . وربما تكون مقاومة المتخصصين لإجراء مثل هذه الدراسات هي التـــي أدت إلى عدم استجابتهم أو اهتمامهم بنتائج دراسة جلوك وجلوك سالفة الذكر .

وقد أجرى توماس ، وتشيس وبيرتش دراسة تتبعية استمرت ١٢ عاماً ، حيث تمت متابعة ١٣٦ طفلا ينتمون إلى ٨٥ أسرة ممن يقطنون مناطق ذات مستويات اجتماعية متوسطة وفوق المتوسطة حول مدينة نيويورك الأمريكية . ورغم أن معظم أسر هؤلاء الأطفال يعتبرون من اليهود البيض إلا أن بعضها ينتمي إلى المذهبين البروتستانتي والكاثوليكي المسيحي. ويتميز الوالدان في معظم هذه الأسر بمستوى التعليم المرتفع والمكانة المرموقة . وكان ٨٩% من الأطفال في عينة الدراسة ممن التحقوا بدور الحضانة الخاصة في سن الرابعة. وقد تم جمع بيانات الدراسة من خلال المقابلات الشخصية مع الوالدين من فترة لأخرى، والتقارير حول الممارسات الوالدين وأساليب تعاملهم مع الأطفال وحياتهم في الأسرة ، وتطبيق بعض الاختبارات المقننة ، والملاحظة في المنزل والمدرسة، والمقابلات الشخصية مع المعلمين . وقد تم الاستعانة بفريق متنوع من الباحثين لإجراء مختلف مراحل الدراسة وتطبيق أدواتها وذلك بهدف الحد من تأثير الانطباعات أو التوقعات الشخصية وكذلك تأثير الهالة على النتائج .

وقد تم تجميع النتائج التي تمخضت عنها " دراسة نيويورك الطولية " New York Longitudinal sStudy – كما أطلق عليها بعد ذلك – في محاور يضم كل منها مجموعة من النتائج الفرعية المرتبطة ببعضها نسبيا والتي يمكن استخدامها في التمييز بين الأطفال في عينة الدراسة . وقد أطلق على أول تلك المحاور " مستوى النشاط " Activity Level ويشير إلى مقدار الحركة أو النشاط الجسدي الذي يميز أي طفل . وقد اتصف الأطفال ذوو مستوى النشاط المرتفع في الغالب من وجهة نظر الوالدين ، بالدهاء والمكر والتنصل من الأشياء ، وسرعة الغضب، والعصبية الزائدة ، والفرار ، والحركة السريعة .. الخ . بينما اتصف أقرانهم ذوو مستوى النشاط المنخفض بأنهم أكثر هدوءا ورباطة جأش .

المحور الثاني : الإيقاعية Rhythmivity ويشير إلى الميل نحو أداء المهارات العضوية الأساسية بصورة عادية . ويتميز الأطفال ذوو درجة الإيقاع المرتفعة بمستويات عادية من حيث المهارات الأساسية الخاصة بالنوم، والطعام ، والإخراج . أما الأطفال الذين ينامون في أوقات غير منتظمة خلال اليوم ، ويتميزون بعادات غذائية غير متغيرة ، وغير منتظمين في عملية الإخراج فيتميزون بدرجة منخفضة من حيث الإيقاع .

وقد لاحظ الباحثون – في هذه الدراسة – أن بعض الأطفال من أفراد عينة الدراسة يقدمون على التعامل بحماس واهتمام للناس والمواقف والأشياء الجديدة؛ فهم يبتسمون للغرباء ، ويحاولون الوصول إلى الدمى أو اللعب، ويستمتعون بالأطعمة الجديدة . بينما يميل البعض الآخر من الأطفال إلى التحفظ والبعد أثناء التعامل مع الناس والمواقف , وبطء التحمس لذلك سرعة الانسحاب من الموقف. وقد يصرخ بعض هؤلاء الأطفال عند مقابلة الغرباء، أو يفضلون اللعب بالدمى القديمة أكثر من الجديدة ، أو التعلق بالأم عند مواجهة المواقف الجديدة . وقد أطلق الباحثون على هذا المحور المزاجي الثالث " الإقدام أو الإحجام " Approach or Withdrawal .

أما المحور الرابع الذي يختلف على أساسه الأطفال في عينة دراسة نيويورك الطولية فقد أطلق عليه " القدرة على التكيف " Adaptability ، ويشير هذا البعد إلى الاستجابات المستمرة التي يقدمها الفرد للمواقف المختلفة . وعلى العكس من بعد الإقدام أو الإحجام ، فإن القدرة على التكيف يشير إلى سياق الاستجابات التي يقدمها الطفل للمواقف المختلفة غير تلك الاستجابات الأولية أو المبدئية التي سبق ممارستها ، فبينما لوحظ أن بعض الصغار يميلون إلى المرونة وسرعة تغيير سلوكهم وفقا لتغير الظروف، فإن البعض الآخر منهم يجدون

صعوبات في التغير ويقاومونه ، ويصرون على أن تبقى الأشياء على صورتها المألوفة باستمرار.

وقد لوحظ أيضا أن الأطفال من أفراد عينة الدراسة – يختلفون من حيث " شدة الاستجابة " Intensity of Reaction للناس والمواقف ، وهو يمثل المحور الخامس الذي تتجمع حوله نتائج الدراسة . وفي وصفهم لذلك البعد المزاجي ، لاحظ الباحثون أن بعض الأطفال يبدون ردود فعل شديدة للمواقف المختلفة ، وقد تكون تلك الاستجابات الشديدة إيجابية أو سلبية ، بيد أن المكون الأساسي الذي يجمعها هو شدة الاستجابة نفسها . فرغم أن أحد الأطفال قد يستجيب بانقباض أو إجفال عند سماع الضوضاء الشديدة مثلا فإن طفلا آخر قد يصدر صرخة شديدة استجابة لذلك . وقد يحب أحد الأطفال الاستحمام كثيرا لدرجة أنه يهرول إلى الحمام أو يحاول القفز إلى البانيو كلما شاهد المياه تنهمر فيه حتى لو كان بملابسه، بينما نجد طفلا آخر يذهب إلى الحمام على مضض، أو ببطء شديد .

وتتجمع حول المحور السادس النتائج التي تعبر عن " عتبة الاستجابة " Threshold of responsiveness ، ويشير هذا البعد إلى أقل قدر من المثير يلزم لإثارة الاستجابة . فقد يؤدي المثير البسيط جدا إلى إثارة الاستجابة لدى بعض الأطفال ، بينما قد يحتاج البعض الآخر منهم إلى إستثارة شديدة كي يستجيب. وقد لوحظ اختلاف عتبة الاستجابة بين الأطفال وكذلك لدى الطفل الواحد باختلاف أنواع المثيرات . لذلك فقد تكون لدى طفل معين عتبة مرتفعة للمثيرات السمعية ، بينما تنخفض تلك العتبة لديه بالنسبة للمثيرات البصرية.

وتعد : نوعية المزاج " Quality of mood بمثابة المحور السابع الذي يختلف بشأنه الأطفال، فبينما يميل بعض الأطفال إلى الاستمتاع ، أو الصداقة، والسرور،

فقد يميل البعض الآخر إلى العصبية والجفاء ، مع ملاحظة أن الاختلاف في هذا البعد يعد مستقلا عن غيره من الأبعاد . فقد يتسم أحد الأطفال مثلا بارتفاع مستوى النشاط ونوعية المزاج السلبي ، أو بارتفاع مستوى النشاط والمزاج الإيجابي .

وتمثل " القابلية لتشتت الانتباه أو سرعته " Distractibility المحور الثامن الذي يختلف فيه الأطفال ، فقد يبدي بعض الأطفال القدرة على تركيز الانتباه على مثير معين لمدة طويلة مع غض النظر نسبيا عن المثيرات الأخرى المشتتة، في حين نجد البعض الآخر من الأطفال أكثر قابلية للتشتت بأي مثيرات أخرى تؤثر عليه .

ويرتبط بهذا المحور بعدا تاسعا يطلق عليه " مدى الانتباه وثباته " Attention span and Persistence ، ويشير إلى طول الفترة الزمنية التي يستطيع الطفل خلالها التركيز على نشاط معين. ومن الواضح فإن الطفل الأقل قابلية لتشتت الانتباه يتميز بطول مدى الانتباه وثباته . ورغم ذلك يظل البعدان متميزان عن بعضهما لأن مدى الانتباه يشير إلى طول الفترة الزمنية التي يستمر فيها الطفل منخرطا في النشاط موضع الاهتمام حتى في حالة عدم وجود مشتتات خارجية .

وهكذا استطاع توماس ، وتشيس ، وبيرتش تحديد تسعة أبعاد مزاجية ثابتة يمكن ملاحظة اختلافها بين الأطفال . ورغم أن الأطفال من أفراد العينة كانوا عرضة للتغير ، إلا أنهم يميلون إلى ممارسة أنماط استجابة ثابتة نسبيا عبر الزمن للمثيرات الداخلية والخارجية . فالخصائص التي لوحظت على الطفل في مرحلة معينة من الدراسة كانت تميل إلى الثبات والاستمرارية أثناء فترات الملاحظة التالية .

ومع تقدم السير في دراسة نيويورك الطولية ، وبينما كان الأطفال في العينة دون العامين من العمر ، فقد بدأ ظهور ثلاث مجموعات فرعية منفصلة ؛ يتميز كل منها بمجموعة من الخصائص المزاجية المتمايزة . تضم إحداها أطفالا يتميزن بالقسوة Difficult children (أو طبقا لبعض أفراد فريق البحث " قتلة الأم " Mother killers) .

وبصورة عامة يتسم هؤلاء الصغار بمجموعة من الخصائص تشمل انخفاض الإيقاع، وسيادة الاستجابات الانسحابية، والبطء في التكيف للمواقف الجديدة ، وسيادة المزاج السلبي، وارتفاع شدة الاستجابة أو ردود الأفعال . ويقرر الوالدان أن مثل هؤلاء الأطفال غالبا ما يتميزون بالتوتر ، وكثرة المطالب، وكثيرا ما يتعرضون للحيرة والارتباك في تفسير ما يلاحظونه على أطفالهم من مظاهر التعاسة والحزن .

وقد يعتقد البعض أن الأطفال الذين يتميزون بالقسوة أو الصعوبة غالبا ما يتعرضون للتدليل من قبل والديهم المتساهلين معهم ، بيد أن فريق البحث لم يستطع تحديد أية فروق دالة بين والدي الأطفال المتسمين بالقسوة من أفراد العينة ووالدي الأطفال الآخرين ممن لا يتسمون بها . ومع ذلك فقد لوحظ أن اتجاهات أولياء أمور الأطفال المتسمين بالقسوة وكذلك ردود أفعالهم قد بدأت تتغير أخيرا خلال الدراسة؛ حيث أصبح من الصعب عليهم مواجهة مطالب أطفالهم الخاصة والمتزايدة . فقد وجد أولياء الأمور أنفسهم يتعرضون أكثر فأكثر لخبرات الشعور بالذنب، واليأس، والضيق المستمر في واحد أو أكثر من المجالات التي يتعين عليهم التفاعل فيها مع الطفل القاسي أو الصعب، وفي بعض الحالات قد يبذل الوالدان مزيدا من الجهد لضبط سلوك هذا الطفل؛ مما قد يعرضهم للصراع والنزاع المستمر معه بغية المحافظة على النظام أو حتى محاولة جعله يتنازل عن تصرفاته الجامدة المتصلبة كي يستجيب للضوابط الوالدية .

وقد تتزايد حدة تلك المشكلات أو حتى تتفاقم حينما يتميز الوالدان بخصائص مزاجية تجعلهم يميلون إلى المبالغة في وصف أطفالهم وما يتميزون به من صعوبة أو قسوة . لذلك فإن الطفل الذي يتميز على سبيل المثال بالمزاج السلبي ، وارتفاع شدة رد الفعل ، بالإضافة إلى سهولة تشتت الانتباه قد يمثل صعوبة بالغة بالنسبة للوالدين اللذين يتميزان بخصائص مزاجية مماثلة . بينما قد يكون بوسع ذلك الطفل النمو دون مزيد من التوتر في ظل والدين يتميزان بالمرونة وانخفاض شدة رد الفعل، والخصائص المزاجية الإيجابية ، والقدرة على الثبات أو الاستقرار في محاولة ضبط الطفل وتوجيهه إلى هدف محدد مباشر .

وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أيضا تميز مجموعة أخرى من أطفال العينة بالسهولة أو لين الجانب Easy children . ومثل هؤلاء الأطفال يتصفون عامة بالمزاج الإيجابي ، وانخفاض شدة رد الفعل ، والاستعداد للتكيف ، والميل إلى الإيجابية والإقدام على المواقف الجديدة .على حين توجد مجموعة ثالثة من الأطفال في عينة الدراسة ممن يميلون إلى البطء في التكيف للمواقف الجديدة بعد الميل إلى الإحجام عنها في بادئ الأمر ، وهم يتميزن بشدة متوسطة من حيث رد الفعل ، وانخفاض مستوى النشاط بصورة عامة ، كما يميلون إلى المزاج المتوسط أو المعتدل الذي لا يميل إلى الإيجابية أو السلبية بشدة . وقد اتضح أن هؤلاء الأطفال لديهم القدرة على التكيف الجيد مع مختلف المواقف عندما تتاح لهم الفرصة لذلك دون التعرض للضغط من قبل الوالدين . وقد تم وصف هؤلاء الأطفال ببطء الانفعال Slow to Worm UP .

وقد اتضح خلال فترة الدراسة التي استمرت ١٢ عاما أن ٤٢ من أطفال العينة تعرضوا لمشكلات شديدة تطلبت التشخيص الطبي النفسي؛ الذي أوضح تعرضهم لاضطرابات سلوكية شديدة . وقد تم هذا التشخيص في جميع الحالات

تقريبا بعد أن لاحظ الوالدان اضطرابات في نمو أطفالهم بصورة ملفتة ، مما دفع فريق البحث إلى إجراء عملية تقييم خاصة لهم . وقد تضمنت نوعية السلوكيات التي أسفرت عن استنتاج وجود تلك المشكلات الشديدة ما يلي :

- تأخر النمو في جانب أو أكثر من الجوانب النمائية للطفل .
- ممارسة سلوكيات إيذاء أو تدمير الذات ، أو سلوكيات خطرة على النفس في جانب أو أكثر بصورة لا تتناسب مع المرحلة العمرية للطفل التي يستطيع عندها فهم خطورة تلك السلوكيات .
- عدم كفاءة عملية التواصل مع البيئة أو ضعف الاستجابة لها .
- الاستهانة بالعادات الاجتماعية بصورة توحي بعدم فهمها بوضوح .
- اضطرابات النطق والكلام أو تأخر النمو اللغوي .
- وجود أدلة على المعاناة من مشكلات في النمو الحسي – الحركي .
- العزلة الاجتماعية عن الأقران أو العدوانية نحوهم .
- الفشل الدراسي رغم التمتع بقدرات عقلية تؤهل الطفل للتحصيل العادي

وجدير بالذكر أن معظم الأطفال الذين يتعرضون للاضطرابات السلوكية في الكبر كانوا من الأطفال الذين يتسمون بالصعوبة أو القسوة في الصغر . فضلا عن وجود تشابه واضح بين كثيرا من الخصائص المزاجية للأطفال المتسمين بالقسوة وخصائص الصغار الذين يعانون من الاضطرابات الأخلاقية .

لكن من المهم أن نأخذ في الاعتبار أن تشخيص الطفل على أنه يتسم بالمزاج الصعب لا يعني بالضرورة أنه سوف يصبح من ذوي الاضطرابات

السلوكية في المستقبل . وفي نفس السياق فلا يوجد ما يدل على أن الطفل الذي يتسم بالسهولة ولين الجانب لا يمكن أن يتعرض لمشكلات من نوع أو آخر في المستقبل . وكل ما نقصده هنا هو أن تحديد نوعية مزاج الطفل مبكرا يشير فقط إلى أن التفاعل مع الوالدين أو غيرهم من الناس ، وكذلك البيئة المادية المحيطة قد يتسم بالصعوبة أو السهولة وفقا لنوعية مزاج ذلك الطفل . ومع ذلك فإن القدرة التكيفية لدى الوالدين ، وكذلك مختلف الظروف البيئية المحيطة بالطفل يمكن أن تضبط نوعية مزاج الطفل أو تخضعه للتعديل – في كثيرا من الحالات – بصورة تحول دون تعرضه للمشكلات فيما بعد .

خلاصة القول أن دراسة نيويورك الطولية أسفرت عن عدة تطبيقات مهمة تشمل :

أولا : تشير النتائج بوضوح إلى أنه يمكن تحديد نوعية مزاج الطفل منذ الصغر، ورغم أنه قد يختلف من طفل إلى آخر ؛ إلا أنه يظل ثابتا لدى كل طفل عبر الزمن .

ثانيا : يبدو أن تلك الأساليب المزاجية تعد تكوينية في طبيعتها بيد أنها يمكن أن تتعرض للتعديل من خلال التفاعل مع الوالدين ومختلف جوانب البيئة المادية المحيطة بالطفل .

ثالثا : رغم أن بعض الأساليب المزاجية قد تصاحب بتزايد احتمالات التعرض للاضطرابات السلوكية في المستقبل ، إلا أن حدوث مثل هذه الاضطرابات ليس ضرورة حتمية .

رابعا : لا توجد أية أدلة على اختلاف أولياء أمور الأطفال المتسمين بالقسوة أو الصعوبة بصورة جوهرية في أي جانب عن أولياء أمور غيرهم من الأطفال . ومع ذلك فإن رعاية مثل هؤلاء الأطفال تتطلب جهدا غير عادي من الوالدين ، حيث يتعين عليهم التحمل، والصبر، والمثابرة ، والحزم في ضبط الطفل ، ومن ثم فقد يتعرض بعضهم ممن لا يستطيعون تحمل أعباء ذلك الطفل إلى تغيرات في اتجاهاتهم نحوه ، وسلوكياتهم معه [تشيس، وتوماس، وبيرتش، ١٩٦٧) .

خامسا : وأخيرا – وربما يكون أكثر أهمية – فقد أمدتنا هذه الدراسة بمجموعة من الوسائل العملية الملموسة التي يمكن من خلالها إخضاع عملية التفاعل بين الأساليب المزاجية والعوامل البيئية للتغير، وذلك من خلال مساعدة الوالدين على تحديد نوعية استجابات الطفل والعمل على الحد من التفاعلات المتسمة بالضغط أو التوتر معه . لذلك فإننا نأمل أن يتخذ التدخل هنا صورة النصح والإرشاد للوالدين قبل ظهور المشكلات بدلا من اللجوء للعلاج بعد حدوث التفاعلات غير المناسبة، وما يترتب عليها من نشوء الاضطرابات السلوكية .

المزاج والاضطرابات الأخلاقية

لقد سبق أن ذكرنا بإيجاز وجود تشابه مهم بين الخصائص المزاجية للأطفال المتسمين بالقسوة أو الصعوبة، وتلك الخصائص المميزة للأطفال المراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية . كما قرر كثيرا من الباحثين والمتخصصين وجود ذلك التشابه، وقد تناولت بعض الدراسات احتمالات وجود علاقة بين الأبعاد المزاجية التي حددتها دراسة نيويورك الطولية والاضطرابات السلوكية .

وقد قدم توماس وتشيس (١٩٧٦) تقريرا حول نتائج متابعة ٩٠ فردا من أفراد عينة هذه الدراسة ممن كانوا قد وصلوا إلى مرحلة المراهقة حينئذ ، واتضح لهم في ذلك الوقت أن ٤٨ (من الذكور والإناث) منهم تعرضوا لمشكلات سلوكية ملحوظة وقد تحسنت حالة ٢٤ منهم من مشكلات التكيف المبكرة ، أما الباقين فإما أن تكون قد بدأت تظهر عليهم تلك المشكلات خلال المراهقة، أو استمرت معهم خلال مراحل النمو دون تغير ، أو تكون هذه المشكلات قد ظهرت عليهم لأول مرة في ذلك الوقت . وفي معظم الحالات فإن طبيعة المشكلات التي تم ملاحظتها ينطبق عليها الوصف المذكور في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها للاضطراب الأخلاقي، وذلك رغم أن كثيرا من هؤلاء الأفراد ظهرت عليهم أعراض اضطرابات الشخصية .

وقد تمت دراسة ٥٨ من كبار الأطفال من عينة دراسة نيويورك الطولية ممن التحقوا بخمسين مدرسة من مدارس الحضانة المختلفة ، واتضح أن الوصف الذي قدمه المعلمون لسلوك هؤلاء الأطفال يمكن اتخاذه كأساس جيد للتنبؤ بتعرضهم للاضطرابات السلوكية في المستقبل، أكثر من تلك الأوصاف التي يقدمها الوالدان أو حتى التقييم الكلينيكي لهم (تيرستمان Terestman ، ١٩٨٠). وقد اتضح من خلال المقابلات الشخصية للمعلمين ، والملاحظات المباشرة لسلوكيات الأطفال أن أفراد عينة الدراسة الذين أعطاهم المعلمون تقديرات مرتفعة من حيث نوعية المزاج السلبي ، وشدة رد الفعل هم أكثر الأطفال عرضة للاضطراب السلوكي الواضح عند بلوغهم سن التاسعة .

ورغم أن العينة الأصلية لدراسة نيويورك الطولية أخذت من أطفال يهود ينتمون لأسر ذات مستويات اجتماعية واقتصادية متوسطة وفوق المتوسطة . وتقطن مناطق حول مدينة نيويورك ؛ إلا أن الباحثين حاولوا توسيع نتائج هذه

الدراسة لتشمل مجموعات أطفال من أسر سويدية ، واسترالية ، وفرنسية وكندية (برون وأخرون Brown, et al ، ١٩٨٦ ؛ مازيـــاد ، وكــوت ، وبودرايولــت ، ونيفيرج وكابرا Maziade , Cote , Boudreault , Thivierge & Coperaa ، ١٩٨٤ ؛ أوبركلاير ، وبريور ، وسانسون Oberklaid, Prior, & Sanson ، ١٩٨٦ ؛ برسون – بلينو وماكنيل Persson Blonnow, & McNill ، ١٩٧٩) . وفي كل مرة كان يتم التوصل إلى نفس الأبعاد التي توصلت إلى الدراســة الأصليــة ، وكذلــك أوجــه الاختلاف بين نمطي المزاج الصعب والسهل. ومن أكثر هذه الدراسات شمولا تلك التي قام بها فريق من الباحثين الكنديين الذين اختاروا مجموعة عشوائية تضــم ٩٨٤ طفلا من عينة أصلية قوامها ٦٢٥٣ من الأطفال بالصف الثاني الابتدائــي بمدينة كويبك Quebec (مازياد وآخرون Maziade, et al ، ١٩٨٤) . وقد أكــدت نتائج هذه الدراسة ما سبق أن توصلت إليه دراسة نيويورك الطولية من نتــائج، كما وجد أن الأطفال الذكور يتميزون بارتفاع مستوى النشاط، وعتبة الاستجابة ، وأنهم أكثر ميلا إلى القسوة أو الصعوبة من الإناث (مازياد وأخرون ، ١٩٨٥) . فضلا عن ان هذه النتائج دعمت نتائج الدراسة السابقة التي أوضحت بأن الأطفال المتسمين بالقسوة أو الصعوبة أكثر عرضة للاضطرابات النفسية فــي مســتقبل حياتهم، كما أنه يمكن استخدام نوعية مزاج الطفل في التنبؤ بتعرضه للاضطــراب السلوكي قبل إخضاعه لعملية التشخيص المتخصصة بخمس سنوات على الأقــل . كما اتضح من خلال فحص الخصائص الأسرية أن الأطفال المتسمين بالقســوة أو الصعوبة يصبحون أكثر عرضة للاضطرابات في المستقبل إذا حدث خــلاف بيــن الوالدين في أساليب تنشئة الطفل أو كانوا أقل حزما واتساقا في معاملته . وعلى العكس من ذلك فإن درجة الخطورة تتناقص في الأسر التي تتسم بدرجة كافية من التكامل ، والتوافق ، والضبط السلوكي لأطفالها .

ورغم أن كثيرا من الدراسات توصلت إلى نتائج تدعم ما سبق أن توصلت إلى دراسة نيويورك الطولية الأصلية ؛ إلا أن دراسات أخرى استطاعت كشف النقاب عن عوامل جديدة . فقد توصل فريق من الباحثين بجامعة إنديانا الأمريكية على سبيل المثال إلى نتائج تدعم النتائج السابقة الخاصة بتكوين المزاج لدى الأطفال ، ورغم ذلك فقد أوضحت هذه الدراسة أيضا أن الأمهات اللاتي كن أكثر خبرة في تربية الأطفال ، واللاتي كن يتسمن بمزيد من الانبساطية يملن إلى اعتبار أطفالهن أكثر سهولة وليونة من الأمهات الأقل خبرة بشؤون التربية ويتسمن بمزيد من الانطوائية (باتس ، وفريلاند ، وليونسبوري Bates , Freeland , & Lounsbury ، ١٩٧٩) . وفي دراسة أخرى حول العلاقة بين نوعية المزاج والفروق الثقافية بين مجموعات من الأطفال ممن تبلغ أعمارهم ٥ سنوات وينتمون إلى المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتوسط ، ويقطنون بمدينة نيويورك ، اتضح أن العلاقة بين المزاج والاضطرابات السلوكية تماثل تلك التي أوضحتها دراسة نيويورك الطولية الأصلية، لكن هذه العلاقة لم تظهر بين مجموعة من أطفال البورتوريكو ممن ينتمون إلى مستويات إجتماعية – اقتصادية منخفضة (كورن وجانون ، Korn & Gannon ، ١٩٨٣) .

ويبدو أن هناك تحذيران أثارتهما هذه الدراسات ؛ أولا : أن نتائج الدراسات تظل دائما مؤقتة وغير نهائية ويصعب تعميمها دون دراسة مختلف مستويات التأثير . ثانيا : يجب أن نأخذ في الاعتبار أنه يتعين تفسير نتائج الدراسات المتعلقة بالمزاج في ضوء المواءمة بين مزاج الطفل والعوامل البيئية المحيطة به . ويشير مصطلح المواءمة Goodnessoffit إلى أن التفاعل الذي يحدث بين مزاج الطفل والظروف البيئية، يجب أن يحدث عندما تتناسب الظروف البيئية والتوقعات مع قدرات الطفل ، ودافعيته، وأنماط سلوكه (توماس وتشيس ، ١٩٨٤) إن

التفاعل بين المزاج والبيئة يحدث دائما بطريقة معقدة ؛ حيث يؤثر كل منهما في الآخر باستمرار عند أي مستوى نمائي يصل إليه الطفل، ولذلك فهناك درجة ما من الثبات أو الاستقرار، وهناك أيضا درجة ما من التغير .

وهكذا يبدو واضحا أنه يمكن تحديد خصائص مزاجية ثابتة لدى الأطفال ، كما يمكن تمييز هذه الخصائص بين من يتمسون بالقسوة أو الصعوبة منهم ، وأولئك المتسمين بالسهولة أو اللين . هذا بالإضافة إلى أنه توجد أدلة قوية تشير إلى أن العوامل المزاجية تعد ثابتة إلى حد كبير، كما أنها تفيد كمنبئات لإمكانية حدوث الاضطرابات السلوكية في المستقبل . ومع ذلك فإن هذا لا يعني أن المزاج يسبب المشكلات الأخلاقية بأي حال من الأحوال، ولكن من المحتمل أن يؤدي المزاج إلى تهيئة الطفل أو استعداده للتأثر بالمثيرات البيئية في المستقبل التي قد تفضي إلى تعرضه للاضطراب الأخلاقي أو غيره من المشكلات (كامرون Cameron ، ١٩٧٨) . فعندما ينخفض مستوى التوافق بين خصائص الطفل ووالديه ، فإن الحياة الأسرية تصبح متصدعة ومصدر ضغط وتوتر، وكذلك عندما تتعرض الأسرة لمزيد من العثرات بسبب المواقف البيئية الخارجية . كل ذلك يزيد من احتمال حدوث الاضطرابات الأخلاقية .

الاضطرابات العصبية كعوامل سببية للاضطرابات الأخلاقية

تعد العوامل الوراثية ، والتكوينية ، والمزاجية بمثابة مكونات أو أسس عضوية للشخصية والسلوك . وتعد الاضطرابات العصبية من العوامل العضوية الأخرى التي يجب أخذها في الاعتبار كعوامل مسببة محتملة للاضطرابات الأخلاقية . وربما تتخذ الاضطرابات العصبية عدة صور ؛ فقد تكون بعضها

تشريحية المنشأ مع تغيرات واضحة في أنسجة المخ، وعادة ترجع مثل هذه الاضطرابات إلى صدمة من نوع ما تحدث للطفل إما قبل الولادة أو بعدها أثناء النمو ، مما يسفر عن إصابة أو تلف بالمخ . وقد يؤثر هذا التلف البنيوي على كثير من الاستجابات المعرفية والانفعالية مما يفضي إلى مشكلات في عملية التعلم، أو مشكلات إدراكية ، أو مشكلات في الذاكرة ، أو عدم القدرة على ضبط النفس . وفي قليل من الحالات قد يحدث التلف البنيوي للمخ نتيجة خلل في العوامل الوراثية أو لأسباب أثناء الحمل وقبل الولادة . وقد يرجع الاضطراب العصبي في أحيان أخرى إلى خلل فسيولوجي في العمليات الكهروكيميائية الخاصة بالبناء الحيوي في المخ (وهي عملية الأيض التي تتضمن التغيرات الكيميائية والكهربائية التي تحدث في الخلايا الحسية لإنتاج الطاقة اللازمة للأنشطة الحيوية؛ وكذلك تمثل المواد الجديدة لتجديد بناء الخلايا وتعويض التالف منها ...) .

وبالإضافة إلى حدوث الاضطرابات العصبية نتيجة خلل تشريحي أو فسيولوجي ، فإنها قد تختلف أيضا من حيث الشدة ، ومن السهل ظهور الاضطرابات العصبية الشديدة في صورة مشكلات حركية ، أو إدراكية ، أو معرفية واضحة أو ملحوظة . فقد يؤدي التلف المخي الشديد – على سبيل المثال_ إلى إصابة الطفل بالتشنج، أو عدم القدرة على التحكم في حركة أجزاء الجسم ؛ أو فقدان الذاكرة . أما التلف المخي الخفيف فقد يمكن ملاحظته بصعوبة، كما يصعب تشخيصه ، و كثيرا ما تؤدي هذه المشكلات العصبية البسيطة إلى ظهور أعراض عصبية بسيطة مثل عدم التناسق الحركي البسيط، أو المشكلات الإدراكية الخفيفة، أو صعوبة التمييز بين اتجاهي اليمين واليسار .

وفي إطار مناقشتنا للاضطرابات الأخلاقية فإننا نهتم بمجموعة من الاضطرابات العصبية البسيطة التي لا تسفر عن مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها بصورة مباشرة أو بسهولة ، ولكنها قد تؤثر على عمليات الأداء العقلي والانفعالي العادية . وقد أطلق على هذه المشكلات عدة مسميات منها " التلف المخي البسيط " Mininmal brain damage ، وزملة أعراض النشاط الزائد Hyperactivity syndrome ، وزملة أعراض الحركة الزائدة للطفولة Hyperkinetic syndrome of childhood ، وأخيرا اضطراب ضعف (نقص) الانتباه Attention deficit disorder. وسوف نستخدم المصطلح الأخير لأنه تم استخدامه بصورة رسمية في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها (DSM-III) ، كما يشيع استخدامه حاليا .

وتتميز اضطرابات نقص الانتباه سلوكيا بمجموعة من المؤشرات منها قصر مدى الانتباه وسرعة القابلية للتشتت ، والاندفاعية وعدم القدرة على تحمل الإحباط . وقد يحدث هذا الاضطراب في عمر الثالثة تقريبا في الحالات المثالية ، ولكنه دائما يحدث قبل السابعة من عمر الطفل ، رغم أن متوسط أعمارالأطفال عند تحويلهم للعلاج غالبا ما ينحصر بين الثامنة والعاشرة من العمر . وقد يصاحب ذلك بالنشاط الزائد أو قد لا يصاحبه (الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA، ١٩٨٠ ؛ فارلي Varley ، ١٩٨٤-أ) .

وتعد اضطرابات نقص الانتباه (سواء المصحوبة بالنشاط الزائد أو بدونه) مثار جدل كبير بين الباحثين ؛ فهناك اختلاف بين الباحثين من حيث الخصائص التشخيصية لهذه الاضطرابات ، والخصائص الأساسية لتعريفها أو تحديدها ، وأسبابها ، وعلاقتها بالاضطرابات الأخرى . فقد نجد أن المتخصصين من الأمريكيين مثلا يقومون بتشخيص وجود اضطراب نقص الانتباه بمعدل يفوق ٥٠

مرة مما يقوم به نظراؤهم من البريطانيين (روتر Rutter ، ١٩٨٢) ، الأمر الذي يشير إلى وجود اختلاف كبير في تصور كل فريق لهذه المشكلة . وفي حالة استخدام استبانات متطابقة لتقييم حالة الأطفال والحكم عليهم ، حينئذ يمكن أن يحدث اتفاق بين الباحثين الأمريكيين والبريطانيين على وجود سلوكيات معينة أو عدم وجودها ، بيد أنهم يختلفون بشأن ما يعتبر خصائص مميزة للاضطراب .

وهناك عدم اتفاق أيضا حول ما إذا كانت اضطرابات ضعف الانتباه ترجع في الواقع إلى التلف المخي البسيط، فهناك ما يشير إلى أن الاضطراب العصبي ينتشر بين ٥% فقط من الأطفال والمراهقين الذين يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه . وفي معظم الدراسات يتم افتراض وجود الاضطراب العصبي بسبب معاناة الأطفال من عدم الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد، فضلا عن أنهم غالبا ما ما يخضعون للعلاج الطبي (بالعقاقير) (من أمثلة هذه الدراسات : هيتشمان ، وويس ، وبيرلمان ، Hechtman , Weiss, & Perlman ، ١٩٨٤) بيد أنه لا توجد أدلة حقيقية على ذلك (كوفمان وهالهان , Kouffman Hallahan ، ١٩٧٩) . ومن ثم فنحن في مواجهة موقف يتضمن دراسات توضح وجود علاقات قوية بين اضطرابات ضعف الانتباه والاضطرابات الأخلاقية . وقد استند بعض الباحثين إلى نتائج هذه الدراسات واستخدموها كأساس لإفتراض وجود اضطرابات عصبية لدى الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية ؛ لأن مثل هذه الاضطرابات تسبب اضطرابات ضعف الانتباه ، ومع ذلك فلا توجد أدلة واضحة على أن هذه الاضطرابات ترجع أساسا إلى اختلال وظيفي بالمخ .

وبالإضافة إلى ذلك فقد أوضحت بعض الدراسات أنه يمكن استخدام النشاط الزائد في التنبؤ باحتمال وجود إصابة مخية لدى الأفراد الذين يتم اكتشاف معاناتهم من هذه الإصابة فيما بعد (روتر ، ١٩٨١) . وبعبارة أخرى يمكن القول

بأن النشاط الزائد المصحوب باضطراب نقص الانتباه يعد دليلا على وجود إصابة مخية وليس ناتجا عنها .

وأخيرا فرغم أن كثيرا من الدراسات أوضحت وجود علاقات بين اضطرابات ضعف الانتباه والاضطرابات الأخلاقية ، إلا أن طبيعة هذه العلاقة غير واضحة على الإطلاق . فهل تسهم اضطرابات ضعف الانتباه في نشوء الاضطرابات الأخلاقية ؟ ، أم أن كليهما يرجع لمسببات أخرى مثل الإصابة المخية ؟ ، وهل يعد نوعي الاضطرابات مجرد مظاهر مختلفة لنفس المشكلة في مراحل نمائية مختلفة ؟ ، وهل هناك مشكلة أساسية واحدة تختلف مظاهرها بسبب العوامل البيئية ؟ .

وللأسف لا توجد إجابات واضحة لأي من هذه التساؤلات . ومع ذلك فهناك قدرا كبيرا من المعلومات البحثية والكلينيكية المتوفرة ، ومن ثم يتعين على الدارسين للاضطرابات الأخلاقية أن يكونوا على علم بما يوجد من مشكلات؛ سواء في المفهوم أو البحث رغم الافتقار إلى نتائج يعتد بها في هذا الصدد . وسوف نستعرض في الفقرات التالية بعض الدراسات النموذجية لتوضيح بعض المحاولات الحديثة للإجابة على هذه التساؤلات المعقدة .

إن الأوصاف التي قدمت لاضطرابات ضعف الانتباه في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها تشير إلى أن جميع خصائص اضطرابات ضعف الانتباه المصحوبة بالنشاط الزائد هي نفسها التي تميز تلك الاضطرابات غير المصحوبة بالنشاط الزائد فيما عدا النشاط الزائد نفسه ، ومع ذلك فهناك بعض الأدلة البحثية التي تشير إلى أن هذا الأمر قد يكون غير صحيح (إدلبروك ، وكوستيلو ، وكيسلر Edelbrock , Costello & Kessler ، ١٩٨٤ ؛ كينج ويونج King

& Young ، ١٩٨٢) . ففي دراسة أجريت على ٢٤١ من أطفال المدارس بولاية جورجيا الأمريكية في الصفوف من الثاني حتى الخامس الابتدائي ، تم استخدام تقديرات المعلمين في اختيار مجموعتين من الأطفال ممن يعانون من اضطراب ضعف الانتباه ، تضم إحداهما من يعانون أيضا من النشاط الزائد بينما تضم الأخرى أطفالا ممن لا يعانون من النشاط الزائد (لاهيي ، وشوغنسي ، وستراوس ، وفرام Lahey , Schoughency , Strauss, & Frame ، ١٩٨٤) . كما تم تطبيق بعض المقاييس الأخرى على أفراد المجموعتين لقياس درجة الشعبية بين الزملاء ، والتقارير الذاتية عن الاكتئاب ، ومفهوم الذات ، وقد أوضحت نتائج عملية المقارنة بين مجموعتي الأطفال عن وجود فروق مهمة أخرى بينهما بالإضافة إلى النشاط الزائد . فمجموعة ذوي النشاط الزائد من الأطفال كانوا أكثر عدوانية، ويعانون من الاضطرابات الأخلاقية ، ويفتقرون إلى الشعور بالذنب، ويمارسون سلوكيات غير مرغوبة . كما وصف هؤلاء الأطفال أنفسهم بأنه يعوزهم السلوك المرغوب في المدرسة، كما أنهم من ذوي مستوى التحصيل المنخفض ، وغير محبوبين من قبل زملائهم . وربما يكون من أكثر النتائج أهمية أن الأطفال في مجموعة ذوي النشاط الزائد تزداد بينهم معدلات السلوكيات التي تعبر عن الاضطرابات الأخلاقية . وعلى العكس من ذلك فإن الأطفال في المجموعة التي تضم من لا يعانون من النشاط الزائد كانوا أكثر ميلا إلى القلق ، والخجل ، والعزلة الاجتماعية . بيد أن أطفال كلا المجموعتين يتميزون بانخفاض مستوى التحصيل الدراسي، كما أوضحت تقديرات المعلمين والأقران أن هؤلاء الأطفال غير جذابين، ومنخفضي الشعبية بين زملائهم ، كما أوضحت تقديرات أطفال المجموعتين لأنفسهم بأنهم يميلون إلى الاكتئاب، وتدني مفهوم الذات .

وهكذا توضح مثل هذه النتائج أن الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يختلفون عن أقرانهم ممن يعانون من هذه الاضطرابات غير المصحوبة بالنشاط الزائد في كثيرا من الخصائص أو الاضطرابات ، وأن أفراد المجموعة الأولى يتصفون بخصائص تشبه إلى حد كبير تلك المميزه لذوي الاضطرابات الأخلاقية . وفي الواقع فقد توصل كثيرا من الباحثين إلى نتائج تقضي بوضع الأطفال ذوي اضطرابات ضعف الانتباه المصحوبة بالنشاط الزائد في نفس فئة التصنيف التشخيصي مع أقرانهم ذوي الاضطرابات الأخلاقية [جيتلمان ، ومانوزا ، وشنكر ، وبوناجورا ، Gittelman , Mannuzza , Shenker, & Bonagura ، ١٩٨٥ ؛ ساتر فيلد ، وهوب ، وشيل Satter field , Hoppe, & Schell ، ١٩٨٢ ؛ شابيرو ، وجارفينكل Shapiro & Garfinkel ، ١٩٨٦) .

ونظرا لذلك الغموض الذي يلف نتائج البحوث حول العلاقة بين ضعف الانتباه والاضطرابات الأخلاقية ؛ فقد وجه بعض الباحثين محاولاتهم نحو دراسة العلاقة بين الخلل العصبي والاضطرابات الأخلاقية بصورة مباشرة . ويعد الرسم الكهربائي للمخ Electroencephalogram (EEG) أحد الفنيات التشخيصية الشائعة المستخدمة في تحديد أي خلل في المخ، وذلك من خلال تسجيل النشاط الكهربائي في مناطق معينة بالمخ . وقد افترض البعض أن بعض أشكال السلوك العدواني على الأقل تحدث نتيجة عدم القدرة على ضبط النفس بسبب خلل في نشاط المخ والذي يمكن تحديده من خلال الفحص بأجهزة الرسم الكهربائي (EEG) .

وفي إحدى الدراسات قام الباحثون بفحص تقارير الرسوم الكهربائية للمخ لثلاث مجموعات من المراهقين المضطربين نفسيا؛ ضمت الأولى من صدرت ضدهم أحكاما بالجناح ، وشملت الثانية من يعانون من الاضطرابات الأخلاقية ، بينما ضمت الثالثة مراهقين لا يعانون من الاضطرابات الأخلاقية (هسويسنر ،

وريتشي ، وجولدشتين Hsuwisner , Richey , & Goldstein ، ١٩٨٥) . ومن المهم أن نأخذ في اعتبارنا أن الفرق الأساسي بين المراهقين الجانحين وأقرانهم المضطربين أخلاقيا يكمن فقط في أن المجموعة الأولى صدرت ضدهم أحكاما من خلال إجراءات المحاكمة القانونية . ولم يستطع هؤلاء الباحثون تحديد أي شيء غير عادي في تقارير الرسوم الكهربائية للمخ يمكن أن تميز بين المراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية وأقرانهم في المجموعتين الآخرتين من المراهقين ذوي المشكلات النفسية .

ومن جهة أخرى فقد أجريت دراسات تناولت المؤشرات العصبية الخفيفة بدلا من الرسم الكهربائي للمخ، وقد أوضحت نتائجها أن مثل هذه المؤشرات يمكن أن تحدث بين الأفراد العاديين ؛ غير أنها تحدث بمعدل أكبر بين المراهقين العدوانيين ذوي الاضطرابات الأخلاقية ، مما يدل على وجود خلل عصبي بسيط لديهم (ماك مانوس ، بريكمان ، وإليسي ، وجرابنتين McManus , Brickman , Alessi , & Grapentine ، ١٩٨٥) .

وفي دراسة لعينة قوامها ٧١ مراهقا من الجنسين ممن ارتكبوا جرائم عنف، وسبق إيداعهم عدة مرات بمدرسة ولاية ميتشجن للتدريب ، تم التوصل إلى نتائج مماثلة للنتائج سالفة الذكر (بريكمان ، وماك مانوس ، وجرابنتين ، وإليس ، ١٩٨٤) . علما بأن هؤلاء المراهقين كانوا يعانون من مشكلات في المهارات الحركية ، واستخدام اللغة ، والقدرة على التذكر ، والأداء الإيقاعي .. وغيرها من المؤشرات التي تدل على وجود خلل عصبي لدهم . كما اتضح أن لدى هؤلاء المراهقين ميولا أكثر نحو المستويات العليا من الاضطرابات العصبية المرتبطة بسلوك العنف .

وبصورة عامة فإنه لا توجد أدلة واضحة على وجود ارتباط بين الاضطرابات الأخلاقية والخلل العصبي البسيط . بيد أن وجود المؤشرات العصبية الخفيفة يعد دليلا مباشرا على ارتفاع معدل تعرض الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية للتلف المخي البسيط بدرجة أو بأخرى . وفي نفس الوقت فإن محاولات استخدام فنية الرسم الكهربائي للمخ (EEG) للتأكد من وجود اضطرابات عصبية قد أخفقت في إثبات وجود علاقة واضحة بين الاضطرابات الأخلاقية والخلل العصبي . وبالمثل فإن الدراسات التي تناولت العلاقة بين اضطرابات ضعف الانتباه التي غالبا ما يفترض أنها تدل على وجود خلل عصبي والاضطرابات الأخلاقية لم تصل بعد إلى نتائج حاسمة في هذا الصدد، حيث توجد أدلة قوية على أن هذين النوعين من الاضطرابات يتداخلان مع بعضهما بدرجة كبيرة ، وهناك بعض الدراسات آلتي تقرر وجود صعوبة كبيرة في التمييز بين اضطرابات ضعف الانتباه المصحوبة بالنشاط الزائد والاضطرابات الأخلاقية ؛ ورغم ذلك فلا توجد أدلة كافية للوصول إلى نتيجة حاسمة في هذا الصدد .

خلاصة القول أن الاضطرابات الأخلاقية تتضمن مجموعة من المشكلات المعقدة وغير المتجانسة التي ربما ترجع – ولو في جانب منها – إلى الخلل العصبي البسيط . وهذا يعني من الناحية التطبيقية أن عملية التشخيص وأساليب العلاج المستخدمة مع الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية يجب أن تأخذ في الاعتبار دائما احتمال وجود خلل عصبي كأحد أسباب تلك المشكلات . ومن ثم فإن أي برنامج شامل لتقييم وعلاج الاضطرابات الأخلاقية لدى الأطفال والمراهقين يجب أن يجمع بين مختلف التوجهات الطبية والنفسية والتربوية بصورة متكاملة . وسوف نناقش العلاقة بين اضطرابات ضعف الانتباه ومشكلات التعلم في الفصل السابع من هذا الكتاب بمزيد من التفصيل .

العوامل النفسية كمسببات للاضطرابات الأخلاقية

لقد امتدت محاولات فهم وتفسير الاضطرابات الأخلاقية من وجهة النظر النفسية من نظريات التحليل النفسي والسيكودينامية إلى أبحاث علم النفس الاجتماعي المعقدة . وقد ركزت الجهود البحثية المختلفة على الصراعات الداخلية والدافعية، والخبرات التعليمية غير المواتية في الأسرة ، وانحرافات عمليات النمو العقلي والخلقي ، فضلا عن تأثير الضغوط الاجتماعية للجماعة التي يعيش الفرد بينها .

وجدير بالذكر أن مناقشتنا لمختلف تلك التوجهات لا تعني انكار أو إهمال وجهات النظر الوراثية ، والتكوينية ، والعصبية – سالفة الذكر – في تفسير الاضطرابات الأخلاقية . وإنما تأتي المناقشة الحالية تأسيسا على احتمال وجود مسببات تكوينية وعضوية لتلك المشكلات، لذلك فإن الخصائص المزاجية للطفل على سبيل المثال تمثل نموذجا فريدا من حيث الدافعية والاستجابة الذي يتفاعل مع الخبرات التعليمية المتاحة في الأسرة، ويشكل أساسا لمواطن القوة أو الضعف التي يواجه بها الطفل الجماعات الأكبر سواء في الحي أو المدرسة . إن الفهم الجيد للأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية يتطلب إيجاد نوع من التوازن بين تلك المؤثرات على المستويات المختلفة .

وجهة النظر السيكودينامية في الأسباب

يذهب أصحاب النظريات السيكودينامية إلى أن الاضطرابات الأخلاقية عبارة عن سلوك خارجي، يحدث نتيجة صراعات داخلية شديدة، يتعرض لها الطفل خلال محاولة إشباع غرائزه الأساسية أو إحباطها .

فمنذ اللحظة الأولى لمولد الطفل فإنه يواجه بسلسلة لا نهائية من مصادر الإثارة والحاجة إلى الإشباع التي تستمر طوال حياته . ويتعلم الطفل من خلال علمية التطبيع الاجتماعي العادية الأساليب المقبولة اجتماعياً لإشباع حاجاته العضوية الأساسية ، كما يتعلم إرجاء عملية الإشباع الفوري حتى تتاح الأوقات ، والأماكن ، والمواقف المناسبة لذلك . إن الصراخ المستمر الذي يمارسه الرضيع طلبا لإشباع جوعه ، قد يتحول إلى شغف وإلحاح على الطعام لدى الصبي في بادئ الأمر ، ثم ما يلبث أن يتعلم إرجاء ذلك إلى مواعيد الوجبات المنتظمة كلما تقدم في مراحل النمو من الطفولة المتأخرة ، إلى المراهقة ، فالرشد .. الخ . وهنا تتحول عمليات الضبط الخارجي؛ التي يقوم بها أولياء الأمور وغيرهم من المسئولين عن رعاية الطفل عبر الزمن إلى عمليات ضبط داخلية تعبر عن الرفض أو الضيق ، أو الموافقة ، أو الوازع (أي القيم والمعايير الاجتماعية) لأولئك المسئولين عن تربيته وتنشئته . فالطفل يتعلم تدريجيا منذ مولده ضبط علمية الاخراج، وغيرها من الغرائز الأساسية من خلال التمثل الداخلي لتعليمات الوالدين أو غيرهم من المسئولين عن رعايته وتعبر عن قبول أو رفض سلوكه . ويرى أصحاب النظريات السيكودينامية أن تعلم الطفل لأساليب الإشباع الواقعية لغرائزه يساعد على نشأة وظائف الأنا ego Functions ؛ وهو ذلك الجهاز المسئول عن تنظيم عملية إشباع حاجات الطفل وفقا لمتطلبات الواقع أو البيئة المحيطة به.

ونظراً لأن قدراً كبيراً من ذلك التعلم يحدث قبل اكتساب اللغة ، وبالتالي يتم معظمه بصورة غير لفظية ، وعلى المستوى الانفعالي فإنه يبقى على مستوى اللاشعور، أو بعيداً عن التفكير المنطقي . لذلك فقد ينطوي هذا التعلم على توتر إنفعالي شديد على مستوى اللاشعور يعكس رغبة الطفل في تقبل الآخرين له وخوفه من العقاب . ويؤدي النمو التدريجي لعملية التمثل الداخلي للتحذيرات الاجتماعية إلى نشأة جهاز " الأنا الأعلى " Superego لدى الفرد .

وبوصول الطفل الرابعة أو الخامسة من العمر تكون معظم العمليات الأساسية والمهمة لجهازي الأنا والأنا الأعلى قد اكتمل نموها ، ويكون قد تم وضع الأسس والركائز التي تستند إليها الشخصية في أداء وظائفها المختلفة فيما بعد (فينكل Fenichel ، ١٩٤٥ ؛ فرويد Freud ، ١٩٣٠ ، ١٩٣٦ ؛ والدر Wallder ، ١٩٦٠) .

وقد تتعرض عمليات النمو هذه للاضطراب بعدة طرق مختلفة، فقد تؤدي العوامل التكوينية لدى بعض الأطفال – ولأسباب غير معروفة – إلى أن تأتي حاجاتهم وغرائزهم قوية وشديدة بدرجة تجعل من الصعب عليهم التحكم فيها بصورة مناسبة (بيرجمان واسكالونا Bergman & Escalona ، ١٩٤٩) . وفي المقابل فقد يخفق القائمون على رعاية الطفل في تعليمه كيفية ضبط غرائزه وبالتالي يصبح من الصعب عليه التحكم فيها فيما بعد (فاقد الشيء لا يعطيه) . وفي كلتا الحالتين فإن الطفل يخفق في تعلم كيفية إرجاء الاشباع والانتظار إلى الوقت المناسب لمواجهة حاجاته بصورة مقبولة أو مناسبة . ومن ثم فقد يؤدي إخفاق الطفل في تعلم اسباب الاشباع المناسبة لحاجاته إلى تعرضه لكثير من المشكلات السلوكية – سواء في الطفولة أو المراهقة أو الرشد أحيانا كالسلوك الاندفاعي ، وعدم الراحة عند الحاح الحاجة ، وعدم تحمل الاحباط ؛ حيث تعد أي اعتبارات أخرى ثانوية في مقابل الاشباع الفوري لحاجات الفرد . وهناك تدني في مستوى النمو الخلقي لدى الفرد لأن ذلك يتطلب منه أن يأخذ في اعتباره عواقب سلوكه ، وكذلك حقوق الآخرين ومشاعرهم . و غالبا ما يكون ذلك حال الفرد المضطرب خلقيا، حيث ينشد الإشباع الفوري لغرائزه دون أن يلقي بالا لأية اعتبارات أخرى .

وهناك وجهة نظر سيكوديناميه أخرى – ليست مرادفة تماماً لوجهة النظر السابقة – تذهب إلى أن الطفل أو المراهق قد نمت لديه بعض القيم الوالدية والاجتماعية من خلال علمية التَمَثل الداخلي، بيد أنه أخفق في تنمية أنا قوية تمكنه من التحكم في غرائزه . وقد يتعرض مثل هؤلاء الأفراد إلى الاضطراب الانفعالي بسبب ما يواجهونه من صراع داخلي بين أنا عليا قوية في تحذيراتها وموانعها وأنا ضعيفة في قدرتها على التحكم وضبط محاولات الغرائز في الإشباع (فيلدمان Feldman ، ١٩٦٤) . فقد يحدث قلق شديد نظراً للخوف من احتمال التعرض للعقاب عند محاولة التعبير عن الغرائز الممنوعة ، وفي نفس الوقت عدم القدرة على إرجاء إشباعها ، وقد يجد نفسه في النهاية مضطراً للتعبير عن غرائزه الممنوعة كي يتخلص من صراعه الداخلي . وهكذا فقد نجد مثل هذا الفرد يستسلم لإشباع غرائزه بأسلوب عرضي غير ملائم ؛ حيث يمارس السلوك الخطأ أو المنحرف بسرعة وبصورة خاطفة مثل القذيفة . وغالباً يتبع ذلك تعرضه لمشاعر الذنب العميقة ، وقد يتكرر هذا الأمر مرات ومرات بصورة لا تنتهي .

و غالباً ما ينشأ السلوك الإنفعالي أو العدواني كأسلوب لحل الصراعات الداخلية في الأسر التي تضم أولياء أمور متذبذبين في تعاملهم مع الطفل ؛ حيث يستخدمون العقاب الحاد والمؤلم وغير المتوقع أحياناً معه عندما يمارس سلوكا معيناً ، بينما يتجاهلون نفس السلوك في أحيان أخرى . وهنا فإن رد فعل الوالدين لسلوك الطفل يعتمد أساساً على مزاجهم الشخصي وحالتهم الانفعالية أكثر من اعتماده على السلوك نفسه . وفي مثل هذه الظروف فإنه يصعب على الطفل تعلم كيفية التمييز بين السلوك المقبول وغير المقبول؛ نظراً لأن عمليات التعزيز والعقاب قد لا ترتبط بسلوكيات معينة بشكل ثابت ، أو قد لا تحدث على الإطلاق .

وهناك حالات أخرى قد يعرض فيها الوالدان الطفل لعمليات إشباع بديلة لغرائزه، وفي مثل تلك المواقف فقد يتم تشجيع الطفل على ممارسة السلوك العدواني أو غير المرغوب عندما يصعب عليهم إشباع حاجاته بصورة مناسبة . فرغم أن الأب قد لا يشجع إبنه على ممارسة السلوك غير المرغوب بشكل علني أو صريح – وربما ينهره بقوة أو يخيفه من ذلك السلوك _ إلا أنه قد يلتزم الصمت أو يضحك ضحكة خافتة عندما يحاول الطفل التعبير عن نزعاته العدوانية لأخذ ما يريد أو الحصول عليه من الآخرين . وقد تبدي الأم موافقتها الضمنية عندما تقدم إبنتها على سرقة بعض الأغراض من المحلات ، أو تمارس بعض السلوكيات المثيرة مع الآخرين بغية الحصول على ما تريد منهم . وفي النهاية نجد أنه يصعب على الطفل تعلم القواعد المرغوبة والمتسقة ، ويتعرض بدلاً من ذلك للحيرة والارتباك عندما يجد أن والديه يشجعانه تارة على ممارسة السلوك الخاطئ ، ويؤنبانه تارة أخرى عليه خاصة إذا تم القبض عليه متلبساً بذلك الفعل الخاطئ .

وقد يجد بعض الأطفال أنفسهم محصورين بين قيم والدية واجتماعية تؤكد على الانجاز والثراء المادي من جهة ، وقدرات محدودة أو فرص غير مواتية يفرضها المجتمع نفسه من جهة أخرى ، حينئذ قد يلجأ مثل هؤلاء الأطفال إلى حلول أخرى لصراعاتهم ؛ فقد يبدون تمسكهم بالقيم وتحليهم بالأخلاق العالية ، ويلتزمون بالمعايير الاجتماعي إلى أقصى درجة ممكنة، بيد أن ذلك قد يتغير بسرعة عندما يشعرون بوجود فرص يمكن أن ينتهزونها لإشباع رغباتهم ، عندئذ نجدهم يندفعون إلى الإشباع غير مبالين بأية اعتبارات اجتماعية طالما أنهم بعيداً عن نظر الآخرين ، أو لم يُقبض عليهم متلبسين بما يمارسونه من سلوكيات خاطئة . وقد لاحظ أصحاب النظريات السيكودينامية وجود تلك الثغرات في الأنا الأعلى Superego لدى البعض ممن توجد ثقوب في ردائهم الأخلاقي .

وقد كشفت دراسات إريك أريكسون السيكودينامية للنمـــو أثنـــاء مرحلـــة المراهقة النقاب عن كثيراً من الأمور المتعلقة بنمو الهوية (إريكسون Erikson ، ١٩٥٩ ، ١٩٦٣ ، ١٩٦٤، ١٩٦٨) . فقد يواجه بعض الأطفال صعوبـــات فـــي مواجهة الأزمات النفسية خلال مراحل النمو المبكـــرة وبالتـــالي يصلـــون إلـــى المراهقة وقد انتابتهم كثيراً من المشاعر السلبية مثل الشك ، والخجل ، والإثـــم . ومثل هؤلاء الصغار قد يشعرون بتدني مستوى تقدير الذات ، وعدم الثقـــة فـــي قدرتهم على مواجهة أعباء الحياة ، ومن ثم تنمو لديهم نزعات العداء والشـــك التي تؤثر على مفهومهم عن ذواتهم ، وعلى أساليب تعاملهم مع الآخرين. ونظراً لشعور هؤلاء الأفراد بأن المجتمع قد أساء معاملتهم فإنهم يحاولون تعويض ذلـك الشعور بعدم الكفاءة من خلال تنمية هوية تتمركز حـــول النمـــاذج الاجتماعيـــة السلبية مثل الجريمة ، أو جماعات الجانحين الآخرين ، أو المهارة في اســـتغلال الآخرين . فقد تحل الرغبة في السيطرة على الآخرين والتحكم في مصائرهم محل المساواة كقيمة أساسية ، وتصبح هذه قاعدة في حياتهم.

وقد يلجأ بعض المراهقين إلى محاولات بائسة لتأكيد الشـــعور الشـــخصي بالهوية في مقابل الضغوط الاجتماعية التي تحاول إجباره على المسايرة الآليـــة، وذلك من خلال تنمية مشاعر الرفض ، والمقاومة ، والمعارضة للقيم الاجتماعية. ولسوء الحظ فإن معظم أولئك الأفراد الذين يجاهدون ضد المسايرة غير المنطقية، قد ينتهي بهم المطاف إلى الاستسلام لمسايرة إحدى الجماعـــات المنشـــقة التـــي تحاول إبراز هويتها ومكانتها من خلال رفض قيم المجتمع وعاداته وتقاليده .

وجدير بالذكر أن مراجعتنا السابقة لبعض وجهات نظر أصحاب النظريـــات السيكودينامية لم توضح، أو تعنى إنكار التفسيرات الأخرى لحدوث الاضطرابـــات الأخلاقية ومسبباتها . وفي الواقع ففي كثيراً من الحالات قد نجد إتفاقاً في وجهات

النظر عبر المداخل النظرية المختلفة رغم اختلاف المصطلحات واللغة المستخدمة في كل منها، فإذا أمعنا النظر عبر المفاهيم السيكودينامية ، فإننا سوف نجد معظمها يتطابق إلى حد كبير – بل وغالباً ما يعكس – نتائج الأبحاث المتعلقة بالجوانب التكوينية ، والمزاجية ، وكذلك الخلل العصبي سالفة الذكر . كما أن بعض تلك المفاهيم يمكن أن يتسق بدرجة كبيرة مع نتائج الأبحاث الخاصة بكل من النمو الخُلقي والتعلم الاجتماعي . وهكذا فعلى الرغم مما تنطوي عليه النظريات السيكودينامية من نقاط ضعف كثيرة؛ إلا أن الملاحظات الكلينيكية التي أسفرت عنها لا زالت تمثل إطاراً ذا قيمة يساعد على التفكير، والتحليل، والفهم الجيد للاضطرابات الأخلاقية .

وجهة نظر التعلم الاجتماعي في أسباب حدوث الاضطرابات الأخلاقية

يذهب أصحاب نظريات التعلم الاجتماعي إلى أن الاضطرابات الأخلاقية لدى الأطفال والمراهقين إما أن ترجع إلى الإخفاق في تعلم المهارات الاجتماعية المرغوبة ، أو تحدث نتيجة تعلم سلوكيات اجتماعية غير مرغوبة ، وكلاهما ، أو كما سبق أن أشرنا في الفصل الرابع من هذا الكتاب فإن هذا التعلم يخضع لمبادئ الاشتراط التقليدي (الاستجابي)، والاشتراط الوسيلي (الاجرائي)، والتعلم بالنموذج .

إن المهارات الاجتماعية عبارة عن استجابات متعلمة تنمو في بادئ الأمر من خلال التفاعل مع الوالدين وغيرهم من القائمين على رعاية الطفل ، كما تنمو مؤخرا من خلال تفاعله مع الكبار والأقران في المجتمع . ومع ذلك فإن أهم عمليات التعلم تحدث خلال العامين أو الثلاثة أعوام الأولى من حياة الطفل ؛ من

خلال عملية الارتباط الوثيق بين الطفل والأم (اينسوورث Ainsworth ، ١٩٧٣). ويبدو أن ذلك التعلم المبكر ينطوي على عمليتي الاشتراط التقليـدي والإجرائـي معاً؛ حيث يربط الطفل بين إشباع غرائزه الأولية ووجـود الأم أو غيرهـا مـن المسئولين عن رعايته . وإذا حدث إخفاق في تكوين تلك الرابطة الوثيقة لسـبب ما ، فإن وجود الوالدين ، والانجذاب إليهما ، وحبهما قـد لا تحتـل الخصـائص التعزيزية القوية مثلما يحدث في حالة النمو العادي . وقد أوضحت نتائج بعـض الدراسات أنه في حالة رفض الأم للطفل إما بسبب خلل في شخصيتها ، أو ضغوط معينة في حياتها ، أو لم تكن حساسة لاستجابات طفلها ، كل ذلك قد يؤدي إلـى عدم قدرتها على التأثير في الاستجابات التي تنمو لدى الطفـل أو التحكـم فيـها (بستايتون ، وهوجان وأينسوورث Stayton , Hogan , & Ainsworth ، ١٩٧١) . وقد يترتب على ذلك إعاقة عملية اكتساب الطفل للمهارات الاجتماعية التي تفضي في النهاية إلى صعوبات جمة في توافقه الشخصي والاجتمـاعي (ميكلسـون ، وفوستر ، وريتشي Micheelson , Foster, & Ritchey ، ١٩٨١ ؛ واتشز وجرويـن Wachs and Gruen ، ١٩٨٢) . ويبدو أن ما يحدث من إعاقـة لعمليـة تكويـن الارتباط الاجتماعي الوثيق (التواد) المبكر يعد عاملاً مهماً فـي نشـوء بعـض الاضطرابات الأخلاقية خاصة تلك التي تنطوي علـى تدنـي مسـتوى التطبيـع الاجتماعي (ويلسون وهرنشتين Wilson & Herrnstein ، ١٩٨٥) .

ومع تقدم الطفل في النمو عبر مرحلة الصبى إلى مرحلة ما قبل المدرسـة تبدأ عمليات الاشتراط الاجرائي، والتعلم بالنموذج في احتلال مزيد من الأهمية في تعلم المهارات الاجتماعية . وخلال هذه الفترة من النمـو يبـدو مـن المـهم أن يتعرض الطفل لخبرات تتضمن استجابات والديه متسقة ويمكن التنبؤ بها حيـال سلوكه . إن أنماط التعزيز الثابتة والمتوقعة التي يتلقاها الطفل عقـب ممارسـة

سلوكيات معينة تمكنه من تنمية الإحساس بالكفاءة أو القدرة على ضبط الاستجابات وفقا لرغبة الآخرين . وبدون ذلك التعزيز الثابت أو المتسق فإن استجابات الأخرين تصبح غير متوقعة وغير مرتبطة بسلوك الطفل . كما يصبح الوالدان وغيرهم من المحيطين بالطفل مصدر قلق وإرباك من وجهة نظره ، مما يشعره باليأس من إمكانية الحصول على استجابات مرغوبة منهم .

وقد يتعرض الطفل لمشكلات أخرى في تنمية الاستجابات الاجتماعية المرغوبة في حالة معاناة الوالدين أو غيرهما من المسئولين عن رعايتهم من مشاعر العداء والكراهية ، أو العدوانية ، أو عدم الاتزان ، أو الاندفاعية، أو عدم مراعاة مشاعر الآخرين وحقوقهم . وفي مثل هذه الحالات فقد يتعلم الطفل – بالمحاكاة – أن بإمكانه إجبار الآخرين على الاستجابة المرغوبة بالقوة أو العدوان. ورغم ذلك فمع تقدم الطفل في السن لن يصبح الوالدان وحدهما بمثابة النموذج الذي يتعلم منه الطفل ذلك السلوك ؛ حيث يمكنه تعلم سلوك العدوان أو الإجبار من الأقران أو غيرهم من أفراد المجتمع .

وقد أوضحت كثيراً من الدراسات الاجتماعية أن مصاحبة الطفل لأقران يتسمون بالسلوك المضاد للمجتمع يعد عاملاً أساسياً في تعلم سلوكيات العدوان، والسرقة .. أو غيرها من السلوكيات التي تتضمن العنف الاجتماعي (سوثرلاند وكريسي Sutherland & Cressey ، ١٩٦٦) . كما أن التفاعل مع أو مصاحبة النماذج غير المرغوبة من الكبار والأقران، وكذلك تعزيز جماعات الأقران للسلوكيات غير المرغوبة من شأنها تعلم الفرد السلوك المضاد للمجتمع (آكيرز Akers ، ١٩٨٥) . فضلاً عن أن مسايرة المعايير السلوكية للجماعات المنحرفة قد تسفر عن تعزيز اجتماعي غير مناب في صورة اعطاء الفرد مكانة داخل الجماعة وما يصاحبها من مشاعر تقدير الذات، والإشباع الفوري للرغبات المادية

كذلك . و غالباً يحدث مثل هذا النمط في حالة الاضطرابات الأخلاقية من النوع الاجتماعي؛ حيث تتكون الروابط والانتماءات الاجتماعية لدى الفرد، كما أنه يمر بخبرات الولاء، بيد أنه يوجه ذلك إلى أفراد أو جماعات تمارس سلوكيات تتنافى مع المعايير والقيم الاجتماعية .

ويبدو أننا بحاجة إلى استرجاع نموذج هانز أيزنك Hans Eysnck (١٩٧٦، ١٩٧٧) – سالف الذكر – كي نتمكن من تكوين وجهة نظر متكاملة حول دور عمليات التعلم الاجتماعي في نشوء الاضطرابات الأخلاقية . فقد سبق أن ذكرنا في الفصل الرابع عند مناقشة مشكلات الشخصية أن أيزنك قدم نموذجاً شاملاً لنمو الشخصية يستند إلى ما يحدث من تفاعل بين المتغيرات التكوينية داخل الفرد وعلميات الاشتراط المعقدة .

وفي معرض مناقشة الاضطرابات الأخلاقية يذهب ايزنك في نموذجه إلى أن بعض الأفراد يواجهون صعوبات أكثر من غيرهم في تكوين استجابات انفعالية شرطية ، ومن ثم يسهل إنطفاء مثل هذه الاستجابات لدى هؤلاء الأفراد . وقد أطلق أيزنك على هؤلاء الأفراد الانبساطيين Extroverts . كما يختلف الأفراد أيضاً فيما بينهم حول متغير مستقل يطلق عليه القابلية للاستثارة الانفعالية ؛ حيث يميل بعض الأفراد إلى الثبات والهدوء بينما يميل البعض الآخر إلى التوتر والانفعال الحاد مع تدني القدرة على تحمل الاحباط .

ومن المعروف أن الأطفال يتعلمون خلال عملية النمو أن ممارسة سلوكيات معينة تعرضهم لعدم التقبل أو العقاب من قبل الوالدين أو غيرهم من المسئولين عن رعايته. و غالباً ما تصاحب تلك السلوكيات – المقترنة بالعقاب – بالقلق ، ومن ثم يتعلم الأطفال المرور بخبرة القلق كرد فعل حتى للصور الذهنية

للسلوكيات الممنوعة (غير المرغوبة) . وتعد عملية الارتباط بين استجابات القلق الشرطية والسلوكيات الممنوعة أو التي سبق عقابها محورا أساسيا لنمو الضمير Censcience .

وجدير بالذكر أن الأفراد الذين تنمو لديهم استجابات القلق الشرطية ببطء وتنطفي بسرعة لا ينمو لديهم الضمير بصورة مناسبة؛ حيث يصبح غير كفء أو غير متسق . وفي نفس الوقت فإن سرعة تعرضهم للانفعال الشديد تدفعهم إلى الاستجابة الفورية للمثيرات . ومع انخفاض مستوى إحباط استجابات القلق الشرطية ، أو الضمير، فقد يصبح سلوك الفرد إندفاعيا ، ومضللا ، وقد لا يهتم كثيرا بمشاعر الآخرين وحاجاتهم. ويتضمن المربع رقم (٥-٣) مخططا لنموذج آيزنك .

وإذا أضفنا هذا النموذج الأساسي إلى تلك التعقيدات التي تسببها عمليات الارتباط الاجتماعي غير المناسبة، وعدم التزام الوالدين بالتعزيز الثابت للسلوك ، ومصاحبة الجماعات الفرعية المنحرفة ، ومحاكاة النماذج السيئة ، فإنه يصبح بالإمكان معرفة كيف أن تفاعل العوامل التكوينية مع عمليات التعلم الخاطئة يمكن أن يسفر عن نشوء الاضطرابات الأخلاقية الخطيرة .

مربع رقم(٥-٣) نموذج إيزنك لمشكلات الشخصية والاضطرابات الأخلاقية

عدم الثبات الانفعالي

الانبساطية	الانطوائية
أفراد انبساطيون يتميزون بعدم الثبات الانفعالي ، وتتكون لديهم استجابات انفعالية شرطية ببطء وتنطفئ بسرعة . وهم أفراد تسهل استثارتهم انفعاليا ، ويستجيبون بدرجة عالية من الشدة والتوتر .	أفراد انطوائيون يتميزون بعدم الثبات الانفعالي ، وتتكون لديهم استجابات انفعالية شرطية بسرعة وتنطفئ ببطء . وهم أفراد تسهل استثارتهم انفعاليا، ويستجيبون بدرجة عالية من الشدة والتوتر .
أفراد يتميزون بالثبات الانفعالي، وتتكون لديهم استجابات انفعالية شرطية ببطء وتنطفئ بسرعة . ويصعب استثارتهم إنفعاليا، كما يستجيبون بدرجة منخفضة من الشدة والتوتر .	أفراد إنطوائيون يتميزون بالثبات الانفعالي، وتتكون لديهم استجابات انفعالية شرطية بسرعة وتنطفئ ببطء . ويصعب استثارتهم إنفعاليا ، كما يستجيبون بدرجة منخفضة من الشدة والتوتر .

المؤثرات الأسرية كمسببات للاضطرابات الأخلاقية

رغم أن المؤثرات الأسرية تلعب دورا مهما من خلال عمليات الاشتراط والتعلم بالنموذج؛ إلا أن نتائج كثيرا من الأبحاث تشير إلى وجود أنماط معينة من التفاعلات الأسرية تؤثر سلبا بدرجة عالية بحيث تحتاج إلى مناقشة منفصلة . وتعد عدم كفاءة الاشراف الوالدي أحد تلك الأنماط التي تكرر ورودها في نتائج الدراسات التي أجريت على المراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية منذ دراسة جلوكس وجلوكس – سالفة الذكر – وحتى الوقت الراهن ، فقد اتضح من خلال تقديرات المعلمين أنه عندما تترك للمراهقين حرية تقرير الأنشطة اليومية التي يقومون بها دون الرجوع إلى الوالدين؛ فإن ذلك يزيد من معدل تعرضهم للاضطرابات الأخلاقية المتمثلة في الاصطدام برجال الشرطة، وكثرة التردد على أقسام الشرطة وما قد يترتب عليه من إيداع بالسجون (جولد شتين Goldstein ،

١٩٨٤) . وتظل هذه النتائج صادقة حتى عند تثبيت تأثير بعض المتغيرات مثل الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والعرقية للأسرة ، وبصرف النظر عما إذا كان الوالدان يتمتعان بعلاقة زواجية سليمة أم لا .

وقد قام لوبر وديشيون Loeber & Dishion (١٩٨٣) بمراجعة سبعين دراسة حول العوامل التي يمكن اشتقاقها خلال مرحلة الطفولة واستخدامها كمنبئات للتعرض للجناح فيما بعد، وقد اتضح أن كفاءة الأداء الأسري بصورة عامة تعد عاملا أساسيا في هذا الصدد ؛ فقد لوحظ وجود أطفال ينتمون إلى أسر يفتقر فيها الوالدان إلى المهارات المناسبة لتنشئة الأبناء ، ولا توجد بها قواعد مناسبة لضبط السلوك ، مع عدم كفاءة الاشراف الوالدي ، والإخفاق في التدرب على إتباع النظام، وقد اتضح ارتفاع معدل تعرض مثل هؤلاء الأطفال إلى أنشطة الجناح بالنسبة لأقرانهم ممن ينتمون إلى أسر متماسكة . وقد خلص الباحثان إلى نتيجة عامة مؤداها أن الأداء الأسري يعد من أفضل العوامل التي يمكن استخدامها للتنبؤ بتعرض الأطفال للاضطرابات الأخلاقية في المستقبل .

وقد توصل جيرالد باترسون Gerald patterson (١٩٨٢، ١٩٨٦) من خلال دراسة بعض أسر الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية ، إلى أن مثل هذه الأسر تميل إلى أساليب الاكراه أو الإجبار المنطوية على العنف لضبط سلوك الأبناء ، وغالبا ما يبدأ هذا الاجبار في صورة تزايد المطالب الوالديه من الأطفال بصورة منفره وغير سليمة . ومثل هذه السلوكيات السلبية من جانب الوالدين من شأنها إثارة استجابات مماثلة لدى الأبناء من خلال مبادئ التعلم بالنموذج . فإذا مارس الطفل سلوكا سلبيا أو عنيفا مع الوالدين مثلا بدرجة تكفي لمنع أو صد سلوكهم العنيف معه؛ فإن ذلك يعد تعزيزا سلبيا لذلك السلوك مما يجعله يميل إلى تكراره في المستقبل (ذلك لأن الطفل تخلص من مثير منفر عقب ممارسة هذا السلوك غير المرغوب أو العنيف) .

وباختصار فإن تعود الوالدين على ممارسة سلوكيات منفرة تثير الألم لـــدى الطفل يزيد من احتمال ممارسته لسلوكيات مماثلة (مثيرة للألم والشكوى) مـــع الآخرين من الأخوة، والأقران في المدرسة ، وحتى مع الوالدين أنفسهم . ومثـــل هذه السلوكيات السلبية المتبادلة من شأنها إشاعة جو من عدم الرضــــاء داخـــل الأسرة بما في ذلك عدم الرضاء الزواجي، واللوم المتبادل، ومفهوم الذات السلبي لدى أفراد الأسرة .

وبالاضافة إلى تلك النماذج من التفاعلات الأسرية التي تتضمن الاكـــراه أو الاجبار فقد لاحظ باترسون أيضا أن أوليـــاء أمـــور الأطفـــال ذوي الاضطرابـــات الأخـــلاقية يواجهون صعوبة في وضع قواعد واضحة كي يتبعها الأطفال وبالتالي لا يمكنهم متابعتهم للتحقق من مدى التزامهم بها أو إذعانهم لـــها . فبـــدلا مـــن محاولة الوالدين وضع قواعد ثابتة لضبط سلوك أطفالهم نجدهم يقضـــون معظـــم الوقت في مضايقتهم، وتوبيخهم، والسخرية منهم .

خلاصة القول أن نتائج كثيرا من الدراسات تشير إلى وجود أنماط معينة من التفاعلات الأسرية تزيد من احتمالات نشوء الاضطرابات الأخلاقية لدى الأطفـــال والمراهقين ، ويشمل ذلك الصراع الوالدي ، وأساليب التنشئة الوالدية المتســـمة بالتذبذب، أو العنف، أو الفوضى، والافتقار إلى الاشـــراف الوالـــدي المناســـب، واستخدام الوالدان سلوكيات منفرة مع الأطفال تتضمن المضايقة أو التوبيـــخ، أو الاستخفاف بهم ، أو اساءة المعاملة الجسدية ، هـــذا بالاضافـــة إلـــى ممارســـة الوالدين أنفسهم لسلوكيات تتسم بالجنــــاح مثـــل إرتكـــاب الجرائـــم، أو تنـــاول المشروبات الكحولية ، أو إساءة استخدام العقاقير الطبية وغيرهـــا مـــن المـــواد المخدرة ، أو معاناتهم من الاضطرابات النفسية (بومرينـــد Baumrind ، ١٩٧٨ ؛ كونجر Conger ، ١٩٨١؛ والر Wahler ، ١٩٧٦ ، ١٩٨٠) .

لقد نشر جين بياجية Jean piaget (١٩٣٢) دراسة بعنوان الحكم الخلقي لدى الطفل Moral Judgment of the child حدد فيها معالم نمو وتكوين المفاهيم الأخلاقية خلال مرحلة الطفولة . وقد لاحظ بياجيه أن الأطفال يميلون خلال مستويات ما قبل العمليات Preoperational Levels من النمو إلى إطاعة الأوامر والإلتزام بالقواعد بسبب الخوف والعاطفة معا . وتعتمد قوة إلزام الطفل بتلك القواعد على الحضور الفعلي للأفراد اللذين قاموا بوضعها بصورة أساسية في بادئ الأمر، ثم يتعلم الطفل تدريجيا الالتزام بهذه القواعد بسبب عملية التقمص الداخلي لمن قام بوضعها بغض النظر عن وجوده أمامه بالفعل . وقد أطلق بياجيه على هذا الطور من النمو الخلقي "التبعية " Heteronomy (حيث لا تترك للطفل حرية تقرير مصيره بنفسه في هذه المرحلة) .

وخلال مرحلة العمليات العيانية Concrete Operations (في الأعوام من ٧-١١ من عمر الطفل) تستبدل التبعية بطور يطلق عليه الواقعية الخلقية Moral realism ؛ حيث يعتقد الطفل أن القواعد تنطوي على قوة التزام أخلاقية متضمنة فيها ، ومنفصلة عن الإطار أو الظروف المحيطة بها، أو حتى من قاموا بوضعها. ويسوق بياجيه مثالا يوضح هذا الطور في حالة طفلة تعودت على تنفيذ أوامر الأم بضرورة تناول وجبة الطعام كلها . وقد لوحظ أنه عندما مرضت هذه الطفلة أخبرتها الأم بأنه ليس من الضروري أن تتناول الوجبة كاملة حتى تتماثل للشفاء، ورغم ذلك فقد أصرت الطفلة على تناول الطعام كله لأنه واجب ملزم لها ولابد أن تفعله (بياجيه وانهيلدر Piaget & Inhelder ، ١٩٦٩) .

وعندما يتطور نمو الطفل وينتقل إلى مرحلة " الاستقلال الخلقي " Moral autonomy فإن الواقعية الخلقية تستبدل تماما بإدراك حقيقة أن القواعد الأخلاقية تحكم العلاقات بين الناس، ومن ثم فهي تنطوي على مبادئ المساواة والعدل .

وبعد ذلك أجرى لورنس كولبرج Lawrence Kohlberg (١٩٧٦) سلسلة من الدراسات كشفت النقاب عن أطوار أكثر تحديدا من النمو الخلقي . ويتفق كولبرج مع وجهة نظر بياجيه من أن الصور الاولية من الأخلاق تعتمد أساسا على الطاقة والخوف ؛ حيث يقتصر الالتزام الأخلاقي على العواقب المباشرة أو الفورية للسلوك ولا يتعداها . وخلال مرحلة "النسبية الآلية " Instrumental relativism يعتمد الالتزام الأخلاقي على الفوائد التي تعود على الطفل من خلال عملية تناول المنافع واشباع الحاجات الخاصة . بمعنى أن الطفل يبني أحكامه الخلقية بناء على مبدأ ماذا يعود عليه من الموقف ؟ . وتكون هاتان المرحلتان ما يطلق عليه كولبرج مستوى " ما قبل الأخلاق " أو الأعراف Preconventianal or Premoral Level من النمو، حيث تعتمد الأحكام الخلقية على المنفعة الشخصية بشكل أساسي .

وعند مستوى " التمسك بالأعراف أو القواعد الخلقية " Conventional Level من النمو الخلقي تعتمد الأحكام الخلقية أساسا على ما هو متوقع عادة أو متعارف عليه ويعد مقبولا أو جيدا ، فالسلوك الأخلاقي هو ذلك السلوك الذي يقبله الآخرون أو يقررونه. وهنا تأتي مرحلة " الانسجام أو الاتفاق الشخصي المتبادل " Inter personalconcordance . وخلال مرحلة " القانون والأمر " Low and order ، يستند الحكم الخلقي أساسا إلى مفهوم الواجب واحترام مصدر السلطة .

ويستند الحكم الخلقي خلال مستوى " مــــا بعــد الاخــلاق أو الأعــراف " Postconventional من النمو الخلقي إلى عملية إدراك المبادئ الأخلاقية المجـــردة التي يتم اشتقاقها من خلال التعاقد الاجتماعي المشترك Soeial Contract بين الفرد والآخرين . ويطلق كولبرج على المرحلة الأخيرة من النمو الخلقـــي " المبـــادئ الأخلاقية العامة " Universal ethical principles ؛ حيث الثقة، والاحترام ، والعـــدل . والمساواة المتبادلة (أنظر المربع رقم ٥-٤) .

المربع رقم (٥-٤) أمثلة توضح مراحل كولبرج للنمو الخلقي	
مرحلة ما قبل الاخلاق أو الأعراف	
العقاب / الطاعة النسبية الآلية	يجب أن أعمل الصح لكي لا أتعرض للعقاب . يجب أن أعمل الصح لكي أحصل على ما أريد من الآخرين .
مرحلة التمسك بالأخلاق أو الأعراف	
الانسجام أو الاتفاق الشخصي المتبادل (ولد جيد / أو بنت جيدة) القانون والأمر	يجب أن أعمل الصح كي يرى الآخرون إنني إنسان جيد . يجب أن أعمل الصح كي أشعر بالارتياح عندما أطيع القواعد والقوانين .
مرحلة ما بعد الأخلاق أو الأعراف	
التعاقد الاجتماعي المبادئ الأخلاقية العامة	يجب أن أعمل الصح كي يعمل الآخرون ما هو في صـــالحي أيضا . يجب أن أعمل الصح كي يسود العدل والنظام .في العلاقـــات الانسانية وفقا لمبادئ عامة تتضمـــن الثقـــة ، والاحـــترام ، والمساواة المتبادلة .

وقد أجمعت نتائج الدراسات التي استندت إلي تصور كولبرج للنمو الخلقي على أن مستوى النمو الخلقي لدى المراهقين الجانحين أكثر بدائية وغير ناضج بالنسبة إلى أقرانهم غير الجانحين (جوركوفيس Jurkovic ، ١٩٨٠) . ورغم وجود اختلاف وتداخل كبير بين المراهقين الجانحين وغير الجانحين فإن ذوي الاضطرابات الأخلاقية منهم يميلون إلى اتخاذ أحكام خلقية عند مستوى ما قبل الأخلاق أو الأعراف؛ يستثنى من ذلك المراهقين الجانحين ممن ترجع مشكلاتهم إلى/ أو تنتج عن ضغوط داخلية أو خارجية محددة ؛ حيث يميلون إلى استخدام أحكام أو مبررات أخلاقية أكثر تطورا وتعقيدا، ومن ثم نتوقع أن يتعرضوا لمزيد من الصراع القيمي الداخلي بالاضافة إلى الشعور بالذنب أو الإثم .

ولعل مراجعتنا لتلك الدراسات التي تناولت النمو الخلقي تجعلنا نثير تساؤلا أساسيا حول ما إذا كانت عملية قياس الاستدلال أو التبرير الخلقي في مواقف البحث المقننة تماثل تماما تلك الأحكام الخلقية التي تتم في عالم الواقع . يبدو أن نتائج تلك الدراسات لم تزودنا بإجابة واضحة لهذا السؤال ؛ حيث اختلفت نتائجها في هذا الصدد (جوركوفيس ، ١٩٨٠) . فقد أجرى إربوثنات وجوردون Arbuthnat , & Gordon (١٩٨٦) مثلا دراسة على عينة قوامها ٤٨ مراهقا من الذكور والإناث ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٣-١٧ عاما، وتم إختيارهم بناء على آراء المعلمين الذين قرروا أنهم يمارسوون سلوكيات تتسم بالعناد، والعدوانية، والاندفاعية ، والإزعاج . فضلا عن أنهم يمارسون السرقة، وتخريب الممتلكات سواء العامة أو الخاصة، وإشعال الحرائق .. الخ . وقد تم جمع بيانات عن هؤلاء المراهقين – بالاضافة إلى تقديرات المعلمين التي تتعلق بتكرار تحويلهم إلى مكتب المدير بسبب الأعمال المخلة بالنظام ، وتكرار تعرضهم للمساءلة القانونية من قبل الشرطة أو رجال القانون ، فضلا عن معدل الغياب من

المدرسة . وبعد ذلك تم توزيع أفراد العينة عشوائيا إلــى مجموعتيــن تجريبيــة وضابطة ، وقد تم عقد مقابلات للمناقشة مع أفراد المجموعة التجريبيــة لمــدة تراوحت ما بين ١٦-٢٠ إسبوعا . وكان يتم خــلال المقابلــة عــرض مواقــف تتضمن مآزق أخلاقية ؛ حيث يقوم أفراد المجموعة بمناقشتها تحت توجيهات قائد المجموعة .

وقد اتضح بعد انتهاء الجلسات انخفاض معدل تحويــل أفــراد المجموعــة التجريبية إلى مكتب المدير انخفاضا كبيرا بسبب ممارسة الســلوكيات الخارجيــة عن النظام ، بينما ازداد ذلك المعدل قليلا لدى أفراد المجموعة الضابطــة . كمــا انخفض معدل تعرض أفراد المجموعة التجريبية للمساءلة القانونية ســواء فــي أقسام الشرطة أو محاكم الأحداث إلى ١٠% فقط من ذلك المعدل المنتشــر بيــن أفراد المجموعة الضابطة؛ ورغمَ ذلك فلم تتغير تقديرات المعلمين لسلوكيات أفراد المجموعتين .

وفي دراسة أخرى استخدم نيلز Niles (١٩٨٦) برنامجا يتضمن جماعــات المناقشة الأخلاقية ، وتم تطبيق هذا البرنامج على مجموعة من المراهقيــن ذوي الاضطرابات الأخلاقية سواء ممن يقيمون في مؤسسات داخلية، أو من الملتحقين بمدارس نهارية للمراهقين ممن يحتاجون إلى المتابعة والإرشاد . ورغم أن أفراد العينة قد أظهروا مقدرة على استخدام الأحكام والمبررات الأخلاقية بدرجة أكــثر تطورا وتعقيدا بعد إنتهاء البرنامج للتدريبي؛ إلا أن ذلك التحسن لم ينعكس علــى سلوكياتهم الفعلية داخل غرفة الدراسة .

وهكذا فرغم أننا نأمل أن برامج التدريب على الإستدلال أو الأحكام الأخلاقية سوف تسهم في تغيير سلوكيات الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقيــة،

إلا أنه لا توجد أدلة قاطعة على أن مثل هذه البرامج قد أسفرت عن تحسن فعلي في حالة هؤلاء الأفراد .

اضطرابات إساءة استعمال المواد المخدرة

رغم أن كل من الاضطرابات الأخلاقية واضطرابات اساءة استعمال المواد المخدرة تعتبر مجموعتين متميزتين من المشكلات إلا أنه قد يتكرر تلازمهما في كثير من الحالات مما يدفعنا إلى مناقشتهما بصورة منفصلة. لاشك أن هناك مدى واسعا من وجهات النظر في المجتمع حول المقصود بإساءة استعمال المادة . فقد يبدي بعض أفراد المجتمع استياءهم من استعمال أي مادة تؤثر على المزاج أو السلوك ، وقد يرفضون أيضا بعض المشروبات المنبهة مثل الشاي، والقهوة ، أو الكوكاكولا .. الخ . بينما يرى البعض أن مثل هذه المشروبات المنبهة تعد مقبولة ولا غبار على تناولها ، لكنهم يرفضون التدخين والمشروبات الكحولية . وهناك فريق ثالث يرفض التدخين والمشروبات الكحولية لأنها تضعف الفرد بينما يقرون استعمال الماريجوانا والكوكايين .

. وهكذا فمع تعدد وجهات النظر وإختلافها فإنه يصعب تعريف إساءة استعمال المواد المخدرة بصورة يقبلها الجميع . ورغم ذلك فقد حدد المسئولون عن إعداد دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها (DSMIII) ثلاث خصائص أساسية تميز بين إساءة استعمال المادة وكل من إدمان المادة ، والاستعمال غير المرضي لها (الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA ، ١٩٨٠) .

أولا : تتميز اضطرابات إساءة استعمالها المواد المخدرة بالاستخدام المرضي للمواد المختلفة . فقد يستمر الفرد في تناول المواد المخدرة طوال اليوم، وقد يفشل في محاولة خفض معدل استخدام تلك المواد أو حتى التوقف عن ذلك في بعض الأوقات أو الأماكن، أو قد يستمر في تناولها حتى يتعرض لمشكلات معقدة مثل فقدان الوعي أو حتى الذاكرة، أو يتناول جرعات زائدة من العقاقير بما يضر بصحته، أو يستمر في التدخين رغم إصابته بالتهابات في الرئتين أو الشعب الهوائية . وهناك كثيرا من المواد التي يساء استعمالها تمتد من التدخين إلى تلك المواد التي تصيب الفرد بالهلوسة أو الهذيان .

أما الخاصية الثانية التي يتعين توافرها في تعريف اساءة استعمال المادة فتشمل اضطراب القدرة على الأداء الاجتماعي، أو المهني نتيجة الاستعمال المرضي لها . وقد يتمثل اضطراب الأداء الاجتماعي في عدم القدرة على الالتزام بالقيم والمعايير الأخلاقية في المجتمع، أو الانطواء الاجتماعي أو العدوانية ، أو ارتكاب الجرائم بغية الحصول على المواد أو النقود التي يشتريها بها ، أو عدم الالتزام بالنظم والواجبات سواء في المدرسة أو العمل، وعدم القدرة على إصدار الأحكام المناسبة ، وقد يصعب على الفرد السيطرة على حياته بصورة عامة نظرا لحاجته الملحة والمستمرة لتعاطي تلك المواد .

ثالثا : يجب أن يستمر ذلك الاستعمال لمدة لا تقل عن شهر، كما يجب أن يتكرر استعمال المواد بحيث يشكل نشاطا عاديا أو ظاهرا لدى الفرد . فليس من الضروري أن يتم استعمال المواد يوميا أو حتى كل أسبوع ، لكن يجب أن يتكرر بدرجة كافية وملفتة للنظر، أو تصبح ظاهرة في حياة الفرد .

إدمان المواد المخدرة Substance dependence

يعد الإدمان نمط أكثر حدة من إساءة استعمال المواد لأنه يتضمن الخصائص سالفة الذكر، بالاضافة إلى تحمل الجسم للمادة والتعود عليها بحيث يقل تأثيرها عليه تدريجيا، أو أعراض الانسحاب عند التوقف عن تعاطي المواد المخدرة أو استعمالها . وتشير خاصية التحمل Tolerance إلى تزايد الكمية – أو الجرعة – المطلوبة بصورة ملحوظة كي تحدث التأثير المرغوب في مزاج الفرد وسلوكه . لذلك فإن المدخن الذي يزداد معدل تدخينه من علبة إلى علبتين يوميا يعكس ذلك التحمل .

أما الانسحاب Withdrawal فيتميز بمجموعة محددة من الأعراض المرضية عند التوقف عن تعاطي المادة المخدرة . ويعتقد بعض المتخصصين أن زيادة استعمال المواد المخدرة يعد بديلا يحل محل الوظائف الكيميائية الحيوية بالجسم ومن ثم يؤدي التوقف عن تعاطي تلك المواد إلى خلل في الإتزان الحيوي بالجسم؛ ومن ثم يشعر الفرد بالضيق وعدم الراحة وغيرها من الأعراض التي لا تزول أو ينخفض تأثيرها عليه إلا بالرجوع إلى تعاطي تلك المواد مرة أخرى؛ وربما بشراهة . وفي هذه الحالة يعد تعاطي المواد المخدرة بمثابة تعزيز ذاتي للفرد لأنه يخلصه من الأحساس بالضيق، وعدم الارتياح الناتج عن توقف استعمالها (باكلار وجرينسبون Bakalar & Grinspoon ، ١٩٨٤) . فالفرد السكير الذي يشرب الكحوليات كي يخفف من شعوره بالارتجاف أو الارتعاش، ومدمن الهيروين الذي يحقن نفسه كي يتخلص من الشعور بالدوار أو الاشمئزاز أو الغثيان، أو الارتجاف، أو القشعريرة أو الضيق والتشنج. وكل ذلك يعكس الأعراض الانسحابية.

أنماط أو نماذج من خصائص اساءة استعمال المواد المخدرة

لقد افترض المتخصصون في مجال الصحة النفسية – منذ سنوات مضت – وجود أنماط أو نماذج معينة من الخصائص التي تصور أو تجسد حالات المدمنين. فقد أجرى الباحثون كثيرا من الدراسات في محاولة لتحديد خصائص معينة تميز شخصية السكير (متعاطي الكحوليات) على سبيل المثال . ولكن للأسف لم يتوصلوا إلى نتائج متسقة حول وجود نماذج محددة للخصائص التي تميز شخصية المدمنين لأي من المواد المختلفة .

وفي الواقع فإنه يشيع استخدام العقاقير المخدرة في المجتمعات الغربية بين مختلف الفئات والأعمار دون استثناء . فقد أوضحت بعض الدراسات أن ثلث المراهقين في المجتمع الأمريكي تقريبا في الأعمار من ١٢-١٧ يتناولون نوعا أو آخر من المواد المخدرة المحظورة (فيشبورن وكيسين Fishburne & Cisin ، ١٩٨٠) . كما اتضح أن ثلثي الشباب في الأعمار من ١٨-٢٥ سنة يستخدمون تلك المواد أيضا . مع ملاحظة أن هذه النسب لا تشمل المدخنين أو من يتناولون المشروبات الكحولية . وقد تأكدت تلك النتائج أيضا في دراسات أخرى (جونستون، وباتشمان ، و أو مالي ، Johnston , Bachman , & O, Mally، ١٩٧٧) . وجدير بالذكر أن هذه النسب أو المعدلات تشير إلى من يتناولون المواد المحظورة فقط، ولا يندرجون ضمن اضطرابات اساءة استعمال المواد المخدرة بالصورة التي سبق تعريفها أو تحديدها .

ورغم أنه لا يوجد بعد تعريف محدد للشخصية المدمنة وأهم الخصائص التي تميزها، إلا أن هناك مظاهر سلوكية معينة قد تشيع بين الأطفال أو المراهقين خلال المرحلة السابقة على إستعمال المواد المخدرة مثل الاضطرابات

الاخلاقية، والتمرد أو العصاين، والاكتئاب، والعزلة الاجتماعية أو الاغتراب (كانديل ، وكيسلر ، ومارجوليس Kandel, Kessler, & Margulies، ١٩٧٨) . ورغم أنه لا توجد خصائص محددة تميز شخصية من يسيء استعمال المواد المخدرة إلا أن هناك نماذج من الخصائص التي تميز من يقوم بتناول العقاقير الطبية المخدرة (بريل Brill ، ١٩٨١) .

وجدير بالذكر أن بعض الأفراد يقدمون على استعمال المواد المحظورة في مناسبة أو أخرى على سبيل التجريب . فقد يحاول بعض المراهقين تناول تلك المواد للوقوف على تأثيراتها الفعلية عليهم وذلك إما لمحاكاة الأقران، أو الوالدين أو امتثالا لضغوط وسائل الإعلام، و وبناء على ردود أفعالهم عقب استعمال المشروبات الكحولية أو العقاقير المخدرة يتم تقرير ما إذا كانوا سوف يستمرون في تعاطيها أم يتوقفون عن ذلك منذ البداية .

وقد تتكون لدى البعض عادة الاستعمال الاجتماعي أو الترويحي للمواد المخدرة ؛ بمعنى أن تناولهم للمشروبات الكحولية يرتبط بالمناسبات الاجتماعية التي تجمعهم مع الأفراد الآخرين، وبالتالي يصبح استعمال تلك المواد شيئا عارضا يرتبط بالمواقف الاجتماعية . فقد يقدم بعض المراهقين على تناول المشروبات الكحولية في الحفلات مثلا لأنها متوفرة مجانا من جهة، وقد توحي تلك المناسبة بالتشجيع على ذلك من جهة أخرى . ومع ذلك فهدف الفرد هنا ينصب على الرغبة في قضاء وقت ممتع في بعض المناسبات الاجتماعية وليس تناول المواد المخدرة في حد ذاته .

وغالبا ما يقدم المراهقون الذين يتناولون المواد المخدرة على سبيل التجريب أو في المناسبات الاجتماعية على إستعمال المواد المدخلية أو الأولية

مثل المشروبات الكحولية، والماريجوانا، والكوكايين (دوبونت Dupont ، ١٩٨٤) . فقد اتضح أن معظم مدمني المواد المخدرة في أمريكا يبدأون بتلك المواد الثلاث ؛ ذلك لأنها مواد شائعة وفي متناول الجميع، ويعتقد بأنها لا تحدث تأثيرات خطيرة للفرد كما أنها لا تجعله مدمنا لها، فضلا عن أنها مقبولة اجتماعيا ؛ فالمشروبات الكحولية ، والماريجوانا، والكوكايين تعد من أكثر المواد التي يتم تقديمها في المناسبات الاجتماعية على سبيل الترفيه أو الترويح أو حتى المجاملة. ورغم وجود جدل كبير سواء في الأوساط العلمية أو الإعلامية حول تحول الفرد من استعمال تلك المواد المدخلية – سواء في المناسبات الاجتماعية أو على سبيل التجريب – إلى الإدمان، إلا أن هناك مؤشرات تدل على أن استعمال مثل هذه المواد يعد خطوة نحو مزيد من إساءة استعمال المواد المخدرة بصورة خطيرة .

وهناك نموذجا أكثر عمومية أو وضوحا يتمثل في أولئك الأفراد الذين يبحثون جاهدين عن المناسبات والفرص؛ كي ينغمسون في تناول تلك المواد المخدرة بشراهة . ومثل هؤلاء الأفراد يعتبرون ضمن مدمني المواد المخدرة لأن معظم أنشطتهم تدور حول الحصول على تلك المواد واستعمالها . ويستخدم مصطلح الاستعمال المرضي للمواد لتعريف هؤلاء الأفراد في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها (DSM III) ، وذلك رغم أنهم لم يبدو تلك الأعراض التي تجعلهم يندرجون ضمن اضطرابات إساءة استعمال المواد المخدرة.

وختاما فإن الفرد قد يتعود على إستعمال المشروبات الكحولية أو المواد المخدرة عندما تصبح محور إهتمامه الأساسي، وتصبح معظم أنشطته وعلاقاته تنصب أساسا على كيفية الحصول على ما يحتاج إليه من تلك المواد . ومن ثم

يعد مثل هذا النمط من الخلل الوظيفي في استعمال المواد المخدرة، مماثلا لاضطراب اساءة استعمال المواد المخدرة أو الإدمان؛ بما يصاحبه من اضطراب في الأداء الاجتماعي أو المهني، والتحمل، والانسحاب . ويتضمن المربع رقم (٥-٥) قائمة بالمؤشرات المحتملة التي تدل على اضطراب اساءة استعمال المواد المخدرة .

مربع رقم (٥-٥) بعض المؤشرات الدالة على نشوء اضطراب إساءة استعمال المواد المخدرة

رغم أنه لا توجد وسيلة مطلقة لتحديد اضطراب استعمال المواد المخدرة أو التعرف عليه بمعزل عن الفحوص الكيميائية الحيوية للجسم، إلا أن ظهور الاعراض والخصائص التالية على الأطفال والمراهقين غالبا ما تعد مؤشرات على وجود مشكلة ما لديهم . ونظرا لأن بعض هذه الخصائص قد توجد لدى المراهقين العاديين فإن أراء وأحكام الوالدين والمعلمين وما يقدمونه من معلومات حول هؤلاء الأفراد تعد على درجة كبيرة من الأهمية في هذا الصدد .

- الفقدان المفاجئ للإهتمام بالأسرة والصداقات طويلة المدى .
- مصاحبة أصدقاء غير معروفين أو أفراد غير معروفين .
- تدني مستوى التحصيل الدراسي فجاة
- تقلب المزاج ، أو الاكتئاب .
- ضعف النشاط والحيوية .
- سرعة الاستثارة ، والغضب ، والصراع غير العادي مع أفراد الأسرة
- بطء الكلام أو اضطرابه .
- نقص الوزن أو زيادته بصورة ملحوظة .
- الرجوع إلى المنزل مخمورا أو متبلدا
- إحضار المواد المخدرة إلى المنزل أو التباهي بامتلاكها .
- السرقة .
- طلب النقود بصورة غير عادية دون مبرر واضح .
- التحذيرات من قبل المعلمين، أو الجيران ، أو الأقران ، أو الوالدين .
- القبض عليه من قبل الشرطة بسبب قيادة السيارة وهو تحت تأثير المواد المخدرة المحظورة.

أسباب إساءة استعمال المواد المخدرة

يبدو أن مناقشة أسباب استعمال المخدرات يعد أمرا شاقاً ومرهقـــا نظـــراً لتعدد تلك الأسباب وتنوعها من جهة، كما أن هذا الاضطراب غالباً يتـــلازم مـــع اضطرابات أخرى – في كثيراً من الحالات– من جهة أخرى . هذا بالإضافة إلـــى أنه يصعب تحديد ما إذا كان استعمال المخدرات يحـــدث نتيجـــة تعـــرض الفـــرد لمشكلات نفسية أخرى، أو أنه هو الـــذي يســـبب تلـــك المشـــكلات، أم أن تلـــك المشكلات وكذلك تعاطي المخطرات ترجع جميعاً إلى أسباب واحدة، أم أن كل هـــذه الاحتمالات تعد صحيحة. ولذلك فإنه يصعب تحديـــد أســـباب محـــددة أو بســـيطة لاضطرابات تعاطي المخدرات، ومع ذلك يبدو أن هناك بعض الأدلة علـــى وجـــود عدة عوامل تلعب دورها في هذا الصدد .

ولعل الظروف الأسرية التي يعيش فيها الفرد تعد مـــن العوامـــل البيئيـــة الأساسية التي ترتبط باضطرابات اساءة استعمال المخدرات . فقد اتضح أن نسـبة كبيرة ممن يستعملون المواد المخدرة تربطهم علاقات ضعيفة مع الوالدين، كمـــا يتسم والداهم بالقسوة والرفض بينما يتسم هؤلاء الأفراد بالتمرد والسلوك المضاد للمجتمع . كما اتضح أن معظم هؤلاء الأفراد ينتمون إلى أسر متصدعة، يســـود فيها الانفصال أو الطلاق بين الوالدين، فضلاً عن أن أحـــد الوالديـــن أو كليـــهما يستعمل المواد المخدرة (أوبنهيمر Oppenheimer ، ١٩٨٥) . وهكذا يتضح وجود خصائص عامة مشتركة تميز البيئة الأسرية التي ينتمي إليها كـــل مـــن مدمنـــي المخدرات وذوي الاضطرابات الأخلاقية .

ويعد الانتماء إلى جماعة الأقران عاملاً آخر مهماً يرتبط باضطراب استعمال المواد المخدرة . فقد أوضحت بعض الدراسات أن العامل الأساسي الـــذي يمكـــن

استخدامه للتنبؤ باستعمال طلاب المرحلة الثانوية لمادة الماريجوانا يكمن في استخدام الصديق الحميم لها (كانديل Kandel ، ١٩٧٣ ، ١٩٧٤) . بيد أن هناك سؤالا ما زال يبحث عن إجابة واضحة؛ يدور حول ما إذا كان المراهق الذي لديه استعداد لاستعمال المخدرات هو الذي يبحث عن أقران من المعروفين بتعاطي تلك المواد، أم أن الأصدقاء هم الذين يدفعون الفرد إلى استعمال المواد المخدرة ؟ .

ورغم أنه اتضح في وقت ما أن المستوى الاجتماعي – الاقتصادي، وكذلك الخصائص العرقية تعد من المسببات المهمة لنشوء اضطراب استعمال المواد المخدرة، إلا أن هذا الأمر لم يعد واضحاً في الوقت الراهن. فقد أوضحت بعض الدراسات تزايد معدل استعمال المخدرات بين المراهقين ممن ينتمون إلى اصل أسباني (بأمريكا اللاتينية) بالنسبة لأقرانهم البيض . ومع ذلك فهذه النتائج تعد غامضة ولم تجد ما يدعمها، حيث لم تؤكدها نتائج دراسات أخرى، وبالتالي يصعب الحسم بوجود علاقة قوية بين كل من معدل انتشار استعمال المخدرات، واسلوب استعمالها، ونوعية المواد المفضلة والخلفية الاجتماعية – الاقتصادية أو العرقية للأسرة (أوبنهيمر ، ١٩٨٥) .

وهكذا فرغم أننا لم نتعمق أو نسهب في مناقشة كثيراً من الدراسات حول مسببات تعاطي المخدرات ، إلا أن العينة سالفة الذكر تعكس الاتجاه العام لتلك الدراسات، التي أسفرت عن قليل من النتائج التي توضح أسباب محددة في هذا الصدد . ويبدو أن هذه الأسباب تتركز في التصدع الأسري وسوء التوافق الشخصي كعوامل أساسية ترتبط باضطرابات إساءة استعمال المواد المخدرة .

ورغم أن مناقشة أساليب علاج اضطرابات استعمال المواد المخدرة يعد أمرا خارج نطاق هذا الكتاب ؛ إلا أننا نود الإشارة فقط إلى أنه قد استخدمت عدة

أساليب في ذلك تشمل العلاج النفسي الجماعي، وفنيات تعديـل السـلوك ، ولـم توضح الدراسات أن أي من هذه الأساليب أسفر عن نتائج فاعلـة ومسـتمرة أو متسقة في هذا الصدد . ويبدو أن العلاج الشامل لهذه الاضطرابات يجب أن يشمل العلاج النفسي، وتعديل السلوك، وتغيير الجماعة أو الظروف البيئيـة المحيطـة بالفرد، فضلاً عن التدخل مع الأسرة وتوفير أساليب الارشاد المناسبة لها . كـل ذلك أملاً في حدوث العلاج الناجح، وتخليص الفرد من ذلك الوباء المدمر.

استراتيجيات وقضايا تربوية

نظراً لأن الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية يعتبرون من أكثر الحالات التي يتم تحويلها إلى الخدمات الخاصة سـواء مـن قبـل الوالديـن أو المدرسة، لذلك فقد تعرضوا لتجريب كثيراً من المداخل العلاجية معهم تفوق مـا استخدم مع أقرانهم من ذوي الاضطرابات النفسية الأخرى بدرجة كبـيرة . وقـد تعددت تلك المداخل العلاجية وتنوعت لتشمل ؛ العلاج الطبي باستخدام العقـاقير، والتحليل النفسي، وتعديل السلوك في الأماكن الخاصة المعزولة، وتدريب الوالدين على فنيات ضبط سلوك الأبناء، فضلاً عن كثيراً من برامج التدخل الأخرى التـي يمكن استخدامها في غرفة الدراسة .

ومع ذلك فنظراً لتعدد أسباب هذه المشكلات واختلافها، وكذلك تداخل هـذه المشكلات مع مشكلات أخرى مثل اضطرابات ضعف الانتباه، فضـلاً عـن عـدم تجانس حالات الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الأخلاقية .. كل ذلك جعل من الصعب الوصول إلى العلاج المناسب لهذه المشكلات استناداً إلى أسلوب أو آخـر من الأساليب العلاجية سالفة الذكر ببساطة. وسوف نستعرض فيما يلي فاعليـة

أساليب العلاج الطبي بالاضافة إلى دور كل من الأسرة والمعلمين في علاج هذه الاضطرابات . بينما تتضمن الفصول الأولى من الجزء الثاني من الكتاب مناقشة تفصيلية لعدد من أساليب التدخل العلاجي لتي يمكن استخدامها في المنزل ، والمدرسة ، والمجتمع .

العلاج الطبي للاضطرابات الأخلاقية

لقد سبق أن ذكرنا أنه لا توجد أدلة قاطعة على أن الخلل العصبي يعد من العوامل الأساسية المسببة للاضطرابات الأخلاقية . كما أنه رغم وجود أدلة تشخيصية كافية تشير إلى وجود تداخل بين اضطرابات ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والاضطرابات الأخلاقية، إلا أنه لا توجد بعد أدلة بحثية تشير إلى أن اضطرابات ضعف الانتباه ترجع أساساً إلى مشكلات عصبية أو كيميائية عصبية داخل الفرد ، ومع ذلك فقد أستخدم العلاج الطبي المتضمن العقاقير المنشطة Srtimulant drugs على نطاق واسع في علاج كل من اضطرابات ضعف الانتباه والاضطرابات الأخلاقية .

ومما تجدر الاشارة إليه هنا أنه يوجد جدل كبير حول فائدة أو عائد استخدام العلاج الطبي مع كل من اضطرابات ضعف الانتباه والاضطرابات الأخلاقية . وفي الواقع لا يوجد مبرر واضح لاستخدام العقاقير الطبية في علاج مشكلات لا توجد لها أسباب عضوية واضحة . ورغم أنه قد يكون من المقبول استخدام العقاقير الطبية في علاج بعض الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية ممن يعانون من قصور في الأداء العصبي بوضوح، إلا أن هذا لا يعد مبرراً كافياً لتطبيق مثل هذه الأساليب العلاجية مع كل من يعانون من هذه المشكلات بصورة

مطلقة . فضلاً عن وجود كثيراً من المتخصصين الذين يرون أن العقاقير الطبية لا تغير هذه المشكلات، أو تقضي عليها وإنما يتركز دورها أساساً في جعل الأطفال أو المراهقين الذين يعانون منها أكثر هدوءاً ويسهل السيطرة عليهم .

وجدير بالذكر أنه رغم ذلك التعارض في وجهات النظر حول فاعلية استخدام العلاج الطبي مع كل من اضطرابات ضعف الانتباه والاضطرابات الأخلاقية؛ إلا أن هناك كثيراً من الدراسات التي أوضحت نتائجها أن استخدام العقاقير المنشطة أسفر عن خفض معدل حدوث وشدة السلوكيات التي تتسم بالتدمير والعدوانية . (كافال ونـي Kavale & nye ، ١٩٨٤) . كما اتضح أن العقاقير المنشطة أدت إلى تحسن في ٧٠-٨٠% من حالات الأطفال الذين تناولونها بغض النظر عما إذا كانوا يعانون من خلل عصبي واضح أم لا (كامبل ، وكوهين ، وسمال Camball , Cohen , & Small ، ١٩٨٢ ؛ هاليرين ، وجيتلمان ، وكاتز ، وستروف Halperin, Gittelman , Katz , & Struv ، ١٩٨٦) . كما أوضحت دراسة ويري Werry (١٩٨٢) أن العقاقير المنشطة أدت إلى خفض مستوى النشاط الحركي ، وزيادة الانتباه، وخفض القلق، وتحسين القدرة على التعاون لدى بعض الأطفال . وقد أوضحت دراسات أخرى أن العلاج الطبي أدى إلى تحسن كبير في الأعراض المرضية لدى كثيرا من الأطفال والمراهقين، إلا أنه لا يوجد ما يدل على أن استخدام العقاقير الطبية أسفر عن تغير دائم في طبيعة أو شدة الاضطرابات الأخلاقية أو النشاط الزائد (فارلي Varley ، ١٩٨٤) . وسوف نناقش أساليب العلاج الطبي وتأثيراتها الجانبية في الفصل السابع من هذا الكتاب بمزيد من التفصيل .

وقد ذهب البعض إلى أن كثير من العناصر المضافة إلى المواد الغذائية يمكن أن تلعب دوراً هاماً كمسببات للنشاط الزائد والسلوك العدواني لدى الأطفال

(فينجولد Feingold ، ١٩٧٥) . وقد جذب هذا الاتجاه اهتمام كثيراً من أولياء الأمور الذين سرعان ما استجابوا له من خلال استخدام نظم غذائية معينة مع أطفالهم أملاً في تحسين مستوى الانتباه والسلوك لديهم .

ولسوء الحظ فإن المراجعة المنظمة لنتائج الدراسات التجريبية التي أجريت في هذا المجال لم تسفر عن أدلة قاطعة تفيد بأن استخدام نظام غذائي معين قد أدى إلى تحسن ملموس في سلوك الطفل غير تلك التاثيرات الزائفة المرتبطة بتوقعات الوالدين (جروس، وتوفانلي ، وبوتزيريس وسنودجراس Gross, Tofanelli , Burtziris , & Snodgrass ، ١٩٨٧ ؛ فارلي Varley ، ١٩٨٤–ب ؛ ويندر Wender ، ١٩٨٦) .

وفضلاً عن عدم وجود أدلة قاطعة تفيد بأن استبعاد عناصر أو مواد غذائية معينة من النظام الغذائي للطفل يمكن أن يؤثر سلبا على سلوكه، فإن هناك مشكلات كثيرة تنطوي عليها النظم الغذائية بما تتضمنه من مقترحات لا حد لها دون أن تستند إلى أسس بحثية وتجريبية دقيقة . فمن جهة قد يحاول الوالدان إخضاع طفلهما لنظام غذائي معين على حين أنه لم يتعود الخضوع للسيطرة الوالدية القاسية، وهذا من شأنه إتاحة الفرصة لنشوء معركة يومية بين الوالدين والطفل حول ذلك النظام الغذائي . ومن جهة أخرى فإذا أضاع الوالدان وقتاً طويلاً في محاولة تجريب النظم الغذائية مع إهمال أساليب التدخل الأخرى فإن ذلك قد يؤدي إلى تعقد مشكلة الطفل ، ويصبح سلوكه عصي على التعديل .

الأهداف التربوية

قد يبدو للوهلة الأولى أن اشتقاق الأهداف التربوية للأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية تعد عملية بسيطة وواضحة . فأولئك الذين يعمدون إلى النزاع والشجار المستمر مع أقرانهم يحتاجون إلى تعلم مهارات تفاعلية أكثر كفاءة . وأولئك الذين يتميزون بالاندفاعية يحتاجون إلى تلعم مهارات ضبط النفس كي يتعودون التأني والتفكير الجيد قبل التصرف . ويحتاج من يتسمون بالعدوانية إلى رفع مستوى قدرتهم على تحمل الإحباط، بالإضافة إلى تعلم أساليب بديلة للحصول على ما يريدونه من الآخرين . أما أولئك الذين ينشدون التقبل الاجتماعي من خلال الانضمام إلى جماعات الأقران المنحرفة ويعمدون إلى السرقة وإرتكاب الجرائم فإنهم بحاجة إلى تعلم أن بوسعهم الحصول على التقبل الاجتماعي وتقدير الذات من خلال ممارسة السلوكيات المقبولة والمفيدة اجتماعيا.

بيد أن الأمر ليس بهذه البساطة ، فهناك مئات من الدراسات التي تضمنت برامج تجريبية مكثفة، كما تم إنفاق ملايين من الدولارات على إصلاح المؤسسات التربوية وإعداد المتخصصين، فضلا عن الساعات غير المحدودة التي مضت في بذل الجهد من قبل الوالدين ، والمعلمين ، والمتخصصين . كل ذلك لم يسفر بعد عن تقديم أساليب فاعلة وعملية يمكن أن تمنع حدوث الاضطرابات الأخلاقية أو أن تعالجها حال حدوثها .

ويبدو أن توافر الكفاءات البشرية لتطبيق برامج التدخل يعد عاملا مهما في تقرير مدى فاعليتها . فقد قام المتخصصون في مجالات علم النفس والتربية بإعداد أساليب تقنية قوية للتدخل مع الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية . ومع ذلك يبدو من الصعب إعداد برامج يسهل على الوالدين

والمعلمين تطبيقها بصورة دائمة وتؤدي إلى تغيرات ملموسة في سلوك هؤلاء الأفراد . ويبدو أن المشكلة الأساسية هنا تكمن في أن الوالدين والمعلمين أنفسهم يحتاجون إلى تغيير أساليب معاملتهم مع هؤلاء الأطفال، كما يحتاجون إلى التدرب على ضبط النفس، والثبات في إتجاهاتهم وسلوكياتهم ، والتزاماتهم بالصورة التي ينشدونها هم من الأطفال الذين يحاولون مساعدتهم .

ومن وجهة نظرنا فإن أسلوب التدخل الفاعل مع الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية يتطلب توافر عدد من العناصر الأساسية في النظم البيئية التي يعيشون فيها .

أولاً : يتعين على الوالدين وغيرهم من المسئولين عن رعاية وتربية هؤلاء الأفراد أن يعوا جيداً أنه رغم إحتمال وجود مسببات وراثية، أو تكوينية، أو عصبية ؛ فإن السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا المكونة للاضطرابات الأخلاقية يتم تعلمها – إلى حد كبير – من خلال التفاعل مع الآخرين . فمن الخطأ أن نتصور أن الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية قد اختاروا ممارسة تلك السلوكيات من عند أنفسهم ببساطة ، وبالتالي فمن الصعب تقييم هذه السلوكيات أو تغييرها بفاعلية إذا سيطر علينا مثل هذا الاعتقاد الذي قد يدفعنا إلى التفكير في أن العقاب الرادع يعتبر الأسلوب الأمثل لإجبارهم على الإذعان والتغير. وهذا لا يعني بالطبع أننا نستبعد استخدام العقاب أو فاعليته تماما في عمليات التدخل ؛ فقد يكون من الضروري استخدامه في بعض الحالات ضمن برامج تعديل السلوك المنظمة . ومع ذلك فإن تنامي الاتجاهات العقابية المصحوبة بالغضب والعنف يعد أمراً غير مرغوب على طول الخط .

إن السلوكيات المضطربة يتم تعلمها وتدعيمها من خلال التعزيز الداخلي مثل الشعور بالارتياح، أو المعززات المادية، أو التعزيز الاجتماعي من قبل الآخرين . وإذا افترضنا مثلا أن السلوكيات العدوانية تحتل قوة تعزيزية لدى الطفل من شعوره بالتقبل والاعتراف الاجتماعي، فهل هذا يعني أن مثل هذه السلوكيات تعد عادية في المجتمع ؟! بالطبع لا؛ وإنما يعني ذلك أن الطفل الذي يمارس تلك السلوكيات – بمعدل مرتفع- قد أخفق في الحصول على التعزيز من خلال الانتماء الاجتماعي الذي يعد أمراً طبيعياً بالنسبة لمعظم أفراد المجتمع، أو أن هذا الطفل قد تعلم الحصول على التعزيز من مصادر أخرى غير مرغوبة .

ثانياً : تتطلب جميع برامج وفنيات التدخل المتاحة جهداً شاقاً ، وطاقة، والتزامات، ومصروفات كثيرة قد تماثل تلك المبذولة في السلوكيات المضطربة نفسها . إن برامج التدخل الفاعلة مع ذوي الاضطرابات الأخلاقية تتطلب عملا شاقاً قد يمتد لفترات زمنية طويلة مع عائد قليل وبطيء . فنظراً لأن السلوكيات المضطربة تنطوي على خاصية تعزيزية بالنسبة للفرد لذلك فإنها تقاوم التعديل والانطفاء بقوة . وقد يتطلب تطبيق برامج التدخل مع هؤلاء الأفراد بذل جهد مستمر ربما يستغرق شهوراً أو سنوات، وقد يصاحب ذلك بالإحباط نتيجة الحاجة إلى الرجوع للخلف، وتكرار الإجراءات مرارا وتكراراً قبل أن تظهر بارقة أمل ويحدث أي تحسن ملموس .

ثالثاً : يجب أن تكون برامج التدخل شاملة وتتضمن مختلف الاعتبارات المتعلقة بالنظام البيئي الكلي المحيط بالطفل . فبرامج التدخل التي يتم اعدادها في المدرسة مثلاً وتأخذ في الحسبان السلوكيات المضطربة التي تحدث خلال وجود الطفل في المدرسة فقط لا يمكن أن تسفر عن تغيرات متينة، ودائمة سواء في اتجاهات أو سلوكيات ذوي الاضطرابات الأخلاقية . وبالمثل يصعب إحداث تغيير

في اتجاهات أو سلوكيات الأطفال والمراهقين من خلال تعريضهم لبرامج التدخل سواء في غرف العلاج بالعيادات في صورة جلسة واحدة إسبوعياً ، أو في المنزل في الفترة ما بين تناول طعام العشاء ووقت النوم . إن الجهود المنسقة الشاملة التي تأخذ في الاعتبار جميع العوامل الأساسية في حياة الأطفال اليومية هي فقط التي يمكن أن تحدث التحسن الدائم في سلوكياتهم .

رابعاً وأخيراً : إن برامج التدخل الفاعلة يجب أن تتضمن تغيرات جذرية ومخططة في سلوكيات أولئك المسئولين عن رعاية الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية . فيجب أن يحل الإقناع محل الاكراه أو الاجبار، كما يجب أن تحل عملية الالتزام بقواعد النظام المخططة محل العقاب العشوائي . إن الثبات في تطبيق العواقب المترتبة على السلوك بصورة مخططة يعد من العوامل بالغة الاهمية في تحديد فاعلية برامج التدخل مع الاضطرابات الأخلاقية . و من المهم أيضاً أن يعي الجميع العلاقة الوثيقة والمنظمة بين سلوك الطفل وسلوك الوالدين أو غيرهم من المسئولين عن رعايته . إن حدوث اختلافات في معاملة الطفل لمجرد أن الوالدين أو المعلمين قد تعرضوا لظروف غير مواتية خلال اليوم ، أو أن الطفل بحاجة إلى فترة من الراحة .. كل ذلك يمكن أن يحد من فاعلية الجهود المبذولة في برامج التدخل في بعض الحالات، بل وقد يغير الوضع إلى الأسوأ .

دور المعلم

يواجه معلم الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية صعوبات كبيرة في العمل معهم سواء في فصول الدراسة العادية، أو الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية، أو المدارس النهارية، أو حتى المدارس الداخلية؛ حيث يتعين عليه إعداد

بيئة تربوية منظمة بدقة، ويمكن التنبؤ بكل ما يحدث فيها كـي تساعد هـؤلاء الأطفال على تعلم أن سلوكياتهم واختياراتها هي التي تحدد الأشياء والخبرات التي يمكن أن تترتب عليها، أو تقترن بها أو تعقبها. فقد سبق أن أشرنا إلى أن العلاقات بين السلوك وتوابعه بالنسبة لكثير من هؤلاء الأطفال المراهقين تتسم بالعشوائية، أو قد تحدث في صورة نزوات (حسب الظروف). و غالباً ما يـؤدي ذلك إلى تعريض هؤلاء الأفراد إلى مزيد من الإحباط، والشعور بالاضطهاد وعدم المساواة بينه وبين أقرانه، وما يترتب على ذلك من ضيق وامتعاض. ومثل هذه المشاعر من شأنها دفع الأمور إلى مزيد من السوء نظراً لتزايد التوتر والضيق والتمرد، وتدني مستوى الشعور بالانتماء إلى مصادر السلطة في حياته .

ويتطلب إعداد البيئة التربوية المنظمة جيدا والتي يمكن التنبؤ بما يحدث فيها وضع قواعد واضحة تماما ، وتحديد الأحداث أو الأشياء التي سوف تعقب السلوك أو تقترن به بدقة وبوضوح مقدما . ويعني هذا أيضاً أن عواقب السلوك أو توابعه يجب أن تكون منطقية وواقعية وثابتة . فإذا تم الاتفاق مثلا على أنه عندما يجلس الطفل بهدوء وينجز ما يطلب منه في غرفة الدراسة فإنه سوف يحصل على وقت محدد للعب الحر ، فيتعين على المعلم في هذه الحالة تنفيذ ذلك فوراً وبصورة ثابتة . وبالمثل فإذا تم الاتفاق مع الطفل على أنه إذا أقدم على ضرب أحد زملائه فإن المعلم سوف يستدعي أحد الوالدين لتقرير عقاب معين له. وفي هذه الحالة أيضاً يتعين على المعلم تنفيذ ذلك بصورة فورية وثابتة .

ونظراً لأن العمل مع الأطفال المراهقين ذوي الاضطرابات الأخلاقية يحتاج إلى جهد شاق ومضني لذلك يجب على المعلم أن يتحلى بالصبر والمثابرة، وأن يحفظ اتجاهاته وسلوكياته في إطار العمل المهني من خلال ضبط النفس، والميول العقابية، مع تجنب استخدام التعليقات التي تتضمن التهكم، أو السخرية، أو الإذلال

لهؤلاء الأفراد مهام اتسمت سلوكياتهم بالاستفزاز أو المضايقة أو الازعاج . ومن المهم أن يأخذ المعلم في إعتباره أن دوره لا ينحصر في العمل التربوي فحسب وإنما يعد أيضاً نموذجاً سلوكياً يمكن أن يحتذيه الطفل . لذلك فإن مواجهة السلوك الاستفزازي للطفل بالغضب يمكن أن يؤدي إلى الدخول في حلقة مفرغة تتضمن تكرار ذلك لمرات كثيرة قد لا تنتهي أثناء التعامل معه في مختلف الأوقات .

كما يعتبر المعلم همزة وصل بين المدرسة والأسرة، وبين غرفة الدراسة وبقية المسئولين بالمدرسة، وذلك بالإضافة إلى دوره الأساسي في إعداد البيئة التربوية، وتقديم النموذج السلوكي المقبول اجتماعياً لطلابه . كما يعد المعلم مسئولاً عن الطفل ؛ حيث يضطلع بمهمة تنسيق جهود وخدمات برامج التدخل خلال اليوم الدراسي، كما يقوم بمهمة تيسير عملية التواصل بين أولياء الأمور وبقية المتخصصين المشتركين في إعداد برامج التدخل الخاصة بالأطفال وتنفيذها، ومتابعتها ، وهذا لا يعني بالطبع أن المعلم يجب أن يقوم بمهام المدير، والاختصاصي النفسي، ومسئول الحضور والغياب للطلاب .. الخ، وإنما يعني ذلك أن المعلم يعد المهني الوحيد الذي يضطلع بمهمة التعامل اليومي مع الطفل، وبالتالي عليه أن يتأكد من أن مختلف المتخصصين المشتركين معه في فريق العمل يعرفون جيدا ما يحدث أثناء تطبيق البرامج التربوية والسلوكية مع الطفل باستمرار، كي يمكنهم التدخل أو المساعدة عند اللزوم .

وختاماً فإن المعلم يعد مربياً؛ لذلك فإلى جانب مساهمته في إعداد برامج تعديل السلوك وتطبيقها يجب أن يقوم أيضاً بإعداد المهام التعليمية الأساسية وتقديمها للأطفال بطرق مشوقة، وجذابة ومثيرة ، وبصورة عامة لا يجب أن يغفل المعلم –الذي يعمل في برامج التدخل مع الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية– حقيقة مهمة مؤداها أن المواد التعليمية، وطرق التدريس يمكن أن تعد

في حد ذاتها مصدر تعزيز، وتنمية الشعور بالثقة بالنفس، وتقدير الذات لهؤلاء الأطفال إذا ما أحسن إعدادها وتقديمها بأساليب مقبولة .

دور الأسرة

يجب أن يقوم أولياء أمور الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية بدور مماثل لدور المعلم لضمان فاعلية برامج التدخل معهم. فيتعين عليهم تهيئة بيئة منزلية منظمة، يمكن التنبؤ بما يحدث فيها. وكذلك يتعين عليهم التدرب على ضبط النفس وضبط البيئة المحيطة بالطفل، وكما هو الحال بالنسبة للمعلم يتعين على الوالدين تجنب أساليب العقاب والأكراه، واللجوء قدر الإمكان إلى الاستجابات المنظمة والمخططة بدقة كرد فعل لسلوكيات أطفالهم. ويجب عليهم أيضاً مساعدة الطفل على تمييز المصادر البديلة للتعزيز من خلال ممارسة السلوكيات المرغوبة

وقد تبدو هذه المطالب غير منطقية للوهلة الأولى لأنه يصعب على أسر الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية في معظم الحالات توفير مثل هذه البيئة الأسرية. فقد سبق أن ذكرنا أن أولياء أمور الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية غالبا ما يواجهون صعوبات في وضع نظام ثابت للأسرة، وفي ضبط النفس، أو حتى التحكم في سلوكهم العدواني سواء تجاه بعضهم البعض أو تجاه أطفالهم . ومع ذلك فإن وجود مثل هذه المشكلات ومواطن الضعف لا يغير من حقيقة أن الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية شديدة يحتاجون إلى بيئة منزلية تتسم بالنظام والثبات، وتسود فيها روح التعاون بدلاً من السيطرة والإجبار، ومشبعة بالتعزيز وليس الألم والحزن (باترسون Patterson ، ١٩٨٦) .

ورغم صعوبة مساعدة الوالدين على تنمية مهارات أكثر كفاءة في ضبط سلوك الطفل، إلا أنها تعد مهمة أساسية سواء للوقاية من التعرض للاضطرابات الأخلاقية أو في عملية علاجها حال حدوثها . ويبدو أنه من الصعب علينا مواجهة حقيقة أن عدم كفاءة الوالدين تعد من العوامل المهمة المرتبطة بنشأة كثيراً من المشكلات الحادة لدى الأطفال والمراهقين. وربما يرجع ذلك إلى صعوبة قبول هذه الحقيقة اجتماعياً، مما يترتب عليه إهدار كثيراً من الطاقات البشرية التي تضيع بسبب الاضطرابات السلوكية .

وجدير بالذكر أن هناك عدداً غير قليل من الدراسات التي أوضحت إمكانية تدريب الوالدين على المهارات اللازمة لضبط سلوكيات آطفالهم بفاعلية . فيمكن أن يتعلم الوالدان تمييز ما تنطوي عليه تفاعلاتهم مع أطفالهم من أخطاء، كما يمكنهم تعلم كيفية الاستجابة بصورة أكثر فاعلية لاضطرابات أطفالهم، فضلاً عن أنه بوسع الوالدين أنفسهم أن يصبحوا عوامل تدخل بالغة الفاعلية . بيد أن الجهود المتعلقة بهذه الأمور يجب أن تمتد خارج نطاق الدراسات التجريبية إلى ارض الواقع . فقد تتوافر حاليا طرق فاعلة لتدريب الوالدين لكن لا تتوافر لدينا برامج اجتماعية منظمة لتوصيل تلك البرامج إلى من يحتاجون إليها . فقد يهرع المسئولون إلى التدخل مع الأسرة بعد حدوث المشكلات وتعرض أطفالهم للضبط من قبل رجال الشرطة أو غيرهم من المسئولين عن رعايتهم ؛ ولكننا بحاجة إلى وكالات أو جهات تضطلع بمهمة تقديم البرامج والمساعدات للأسر بصورة منظمة قبل حدوث تلك المشاكل؛ فالوقاية خير من العلاج .

وفي الواقع يبدو أن المسئولين يتعاملون مع أولياء الأمور بأسلوب الإكراه أو الإجبار الذي يستخدمه معظمهم مع أطفالهم . إننا لا نزودهم بالمساعدات، أو التدريب، أو التشجيع، أو حتى الأدوار النموذجية التي يمكنهم محاكاتها . وبدلاً

من ذلك فإنهم عندما يخفقون في السلوك وفقا لتوقعاتنا فإننا لا نتردد في عقابهم من خلال المعاملة السيئة، واللوم، والاندفاع إلى إتهامهم بأنهم مسئولين عن مشكلات أطفالهم بصورة مباشرة .

ملخص

تتميز الاضطرابات الأخلاقية بعدد كبير من المظاهر السلوكية؛ التي يبدو أنها تتجمع بشكل عام في صورتين محددتين هما السلوكيات الموجهة للخارج وتلك السلوكيات التي تعبر عن الخروج على المعايير الاجتماعية. وتشير نتائج الدراسات إلى إمكانية التمييز بين الاضطرابات الأخلاقية الاجتماعية وتلك منخفضة الاجتماعية، والاضطرابات الأخلاقية المتسمة بالعدوانية وتلك التي لا تتسم بالعدوانية .

وقد تلعب كل من العوامل الوراثية والتكوينيه دوراً مهماً كمسببات للاضطرابات الأخلاقية ، بيد أن الدراسات لم تسفر عن نتائج تتضمن أدلة واضحة حول كيفية تاثير هذه العوامل على السلوك . وعلى العكس من ذلك فهناك أدلة كثيرة على أهمية دور المزاج كأحد العوامل المسببة للاضطرابات الأخلاقية . ومنذ دراسة نيويورك الطولية وما أسفرت عنه من نتائج ، فقد توصلت عدة دراسات أخرى إلى نتائج مماثلة تشير إلى وجود علاقة بين خصائص الصعوبة والقسوة التي قد يتسم بها الأطفال من جهة، والاضطرابات السلوكية التي قد يتعرضون لها من جهة أخرى .

وبالنسبة لدور الخلل العصبي في نشأة الاضطرابات الأخلاقية فإنه لا يزال موضع جدل كبير، كما أن العلاقة بين كل من الاضطرابات الأخلاقية واضطرابات ضعف الانتباه ما زالت غير واضحة . ورغم ذلك فقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود تداخل كبير بين اضطرابات ضعف الانتباه المصحوبة بالنشاط الزائد والاضطرابات الأخلاقية، كما حاول بعض الباحثين عدم التمييز بين نوعي الاضطرابات في دراساتهم . فمن المحتمل أن الخلل العصبي المتمثل في الإصابة المخية البسيطة قد يلعب دوراً كمسبب لنوعي الاضطرابات، إلا أنه لا توجد أدلة قاطعة على وجود اضطراب عصبي يكمن خلف هذه الاضطرابات .

وتشمل وجهة النظر النفسية حول أسباب الاضطرابات الأخلاقية مفاهيم النظريات السيكودينامية حول عدم القدرة على ضبط الغرائز، وعدم كفاءة وظائف الأنا؛ مما يسفر عن حدوث تلك المشكلات السلوكية . بينما تذهب وجهة نظر التعلم الاجتماعي إلى أن الإخفاق في تعلم المهارات الاجتماعية بكفاءة، أو تعزيز السلوكيات غير المرغوبة، وافتقاد القدوة قد تلعب دورا مهماً في نشأة الاضطرابات الأخلاقية . كما أوضحت الدراسات التي تناولت النمو الخُلقي لدى الأطفال إلى تميز الجانحين منهم بالمستويات البدائية من حيث الحكم والاستدلال الخُلقي .

ورغم وجود تمايز بين الاضطرابات الأخلاقية واضطرابات إساءة استعمال المواد المخدرة إلا أنه غالباً ما تحدث هذه الاضطرابات متصاحبة. وتتميز اضطرابات إساءة استعمال المواد المخدرة بالاستعمال المرضي لهذه المواد، واضطراب في الأداء الاجتماعي والمهني، وتستمر لفترة زمنية تتعدى الشهر. وقد يتضمن إدمان المخدرات أيضاً خاصية التحمل والأعراض الإنسحابية .

وتتضمن نماذج تعاطي المواد المخدرة الاستعمال على سبيل التجريب، أو الاستعمال للترويح وفي المناسبات الاجتماعية، والبحث عن تلك المواد، والاستعمال المرضي لها. ورغم عدم وجود أسباب واضحة أو محددة لاضطرابات إساءة استعمال المواد المخدرة، إلا أن بعض الأبحاث أوضحت وجود علاقة بين هذه الاضطرابات والاضطرابات الأخلاقية وغيرها من اضطرابات سوء التوافق، وتأثير الأقران، والتصدع الأسري، وتعاطي المخدرات من قبل بعض أفراد الأسرة الآخرين كخصائص تميز الظروف البيئية المحيطة بمدمني المواد المخدرة .

وتتضمن أساليب التدخل العلاجي مع الاضطرابات الأخلاقية استخدام العقاقير الطبية المنشطة، والاستراتيجيات التربوية، وتدريب الوالدين . وقد اتضح أن للعقاقير الطبية تأثيرات متسقة في خفض النشاط الزائد والسلوك العدواني، والمساعدة على تركيز الانتباه، وخفض مستوى القلق لديهم. ورغم ذلك فقد ثار جدل كبير حول استخدام العقاقير الطبية في علاج الاضطرابات السلوكية، وإدعى البعض أنه يتم وصف هذه العقاقير بسهولة وبصورة غير منضبطة .

ويلعب المعلم دورا جوهرياً في عملية التدخل مع الأطفال ذوي الاضطرابات الأخلاقية من خلال إعداد بيئة تعليمية منظمة ، ويمكن التنبؤ بما يحدث فيها؛ حيث يسود فيها التعاون بدلاً من الإجبار أو الإكراه . ويحاول المعلم إرشاد الأطفال حول كيفية الحصول على مصادر للتعزيز الاجتماعي، وتقدير الذات، وكذلك تقديم المواد التعليمية بطرق توضح الأهمية العملية للتعلم .

ويمكن للوالدين أيضاً القيام بدور مهم مثل المعلمين في عملية التدخل مع أطفالهم ذوي الاضطرابات الأخلاقية، وذلك من خلال تكوين علاقات متسقة؛ ويمكن التنبؤ بها بين سلوك الأطفال وما يقترن به أو يترتب عليه من أحداث .

الفصل السادس

الأطفال والمراهَقون ذوو الاضطرابات

النمائية العامة (الشديدة)

مقدمة

تعد الاضطرابـــات النمائيـــة العامـــة (الشـــديدة) Pervasive Developmental Disorders من أكثر المشكلات النفسية للطفولة إزعاجاً وإرباكا أو حـــيرة ؛ حيـــث تتضمن هذه المشكلات انحرافاً أو إعاقة لمختلف جوانـــب الأداء النفســـي خـــلال مرحلة الطفولة بما في ذلك الانتباه، والإدراك، والقدرة علـــى التعلـــم، واللغـــة، والمهارات الاجتماعية، والاتصال بالواقع، والمهارات الحركية. ويبـــدو أن تـــأثير هذا النوع من الاضطرابات لا يترك أي جانب من الجوانب النمائية للطفـــل دون أن تؤثر عليه، ونظراً لأنها تعد من أكثر الاضطرابات عمومية وشدة لذلك فالأمل يعـــد قليلا في علاجها أو تحسنها بصورة كاملة. وقد يكون منتهى الأمل أن يســـتطيع بعض الأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات القيام بالحد الأدنى من المهارات الأساسية بصورة مناسبة، والتواصل مع الآخرين، أو حتى التخلص من القلق .

ولا شك فإن المعلم الذي يعمل مع الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العامة يواجه صعوبات وتحديات جمة، حيث يتعين عليه بذل مزيد من الجهد الشاق فـــي محاولة مساعدة هؤلاء الأطفال على تعلم مهارات رعايـــة الـــذات، والتواصـــل، والمهارات الاجتماعية بدرجة تمكنهم من الحياة بحد أدنى من الشعور بـــالوحدة، والإحباط والمعاناة . مع مراعاة أن قياس مستوى التعلم أو الاكتساب لدى هـــؤلاء الأطفال ربما يتم على أساس الشهور والسنوات وليس الأيام، كما يتميز تقدمـــهم ب كثيراً من فترات النكوص إلى الانطواء أو الانســـحاب، والعدوانيـــة، وإســـاءة معاملة الذات .

ورغم ذلك فإن بوسع المعلم قياس ما يحدث من تقدم أثناء تدريب وتعليـــم الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العامة بصورة منظمة، كما يمكنهم تقدير مـــا

يحدث لهم من تحسن في مستوى الأداء بصورة ملموسة وواقعيـــة، ومـــن ثـــم الوقوف على مدى فاعلية ما يستخدم معهم من برامج. وقد يلاحظ مثل هذا التقـدم مثلاً من خلال شفاء الطفل من الجروح التي كانت منتشرة علـــى يديـــه نتيجـــة استمراره في حكها وخدشها لعدة سنوات مضت، وقد يتضح ذلك أيضاً من خـــلال رؤية أحد الأطفال الذي يتسم بالانسحاب والجمود الانفعالي يبتسم في وجه المعلم. وهكذا فقد يعد العمل مع هؤلاء الأطفال مجالا خصبا لأولئك المعلمين الذين يجدون متعة في الإحساس بعائد ما يبذلونه من جهد شاق وكفاح مرير في سبيل مساعدة الآخرين .

دراسة الاضطرابات النمائية العامة

تحتل وجهة النظر التاريخية أهمية خاصة في دراسة الاضطرابات النمائيـــة العامة للطفولة؛ بالنسبة لمختلف المشكلات النفسية الأخرى التي يمكن أن تحـــدث خلال هذه المرحلة . فقد كان هذا المجـــال – ولا يـــزال – مرتعـــاً للانطباعـــات الشخصية والآراء العشوائية المربكة حول التشخيص، كما يتســـم بكـــثرة تغـــير المصطلحات المستخدمة فيه، فضلاً عن وجود جدل واختلاف في وجهات النظـــر بشأنه عبر السنين . ونظراً لأن هذه الاضطرابات تعد مدمرة بالنسبة للأطفال لذلك فقد كان هناك إلحاحاً شديداً لمحاولة التصدي لها للوقوف على خبايا تلك المعضلة ومسبباتها، وكيفية التدخل معها، الأمـــر الـــذي أدى بـــالبعض للوصـــول إلـــى استنتاجات مبكرة غير ناضجة والدخول في كثيراً من الدهاليز على غير هـــدى. ولكي نتجنب التورط في ذلك المأزق بصورة قد تعرضنا لليأس؛ لذلك يبـــدو مـــن الضروري تلمس ما حدث من تطور تاريخي في هذا المجال سواء فيمـــا يختـــص

بأساليب التفكير في هذه المشكلات، أو كيفية تحديد المصطلحات المستخدمة حالياً بطريقة إجرائية قدر الإمكان .

التوجهات التاريخية حول الاضطرابات النمائية العامة

لقد أدت الجهود التي بذلت لتصنيف الاضطرابات النفسية خلال السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر إلى ظهور أعمال الطبيب الألماني إميل كرابلين Emil kraepelin ، الذي قدم مخططاً تصنيفياً يتضمن وصفاً وتصنيفاً لاضطراب فصام الشخصية Schizophrenia – والذي أطلق عليه قديماً جنون البشو Dementia Praecox – وما يرتبط به من اضطرابات مختلفة، بيد أن كرابلين لم يكن متعصباً لمخططه التصنيفي؛ حيث تقبل ما أجراه الباحثون الآخرون عليه من تعديلات سواء من خلال البحث أو المناقشة .

وتعد الورقة التي قدمها العالم الألماني دي سانتكيس Desanctis الأستاذ بجامعة روما (خلال الفترة من عام ١٩٠٦-١٩٧١) ،أكثر الأوراق أهمية وارتباطا بالموضوع الحالي نظراً لأنها تضمنت مناقشة أساسية لمختلف مظاهر اضطراب فصام الطفولة . وقد تضمنت هذه الورقة سلسلة من التساؤلات التي ما زالت تؤرق العلماء والباحثين حتى الآن منها :

هل تختلف الاضطرابات النفسية الشديدة للطفولة كمياً عن تلك الاضطرابات الشديدة لدى الكبار، أو هل يختلف نفس الاضطراب باختلاف المرحلة العمرية ؟ . وهل هناك استمرارية في المظاهر التي تتخذها تلك المشكلات خلال مرحلة الطفولة والمظاهر التي تحدث بها في حالة الكبار ؟ . وهل هناك صورة أساسية واحدة تتخذها الاضطرابات النفسية الشديدة خلال الطفولة المبكرة أم أنها تتخذ

عدة صور مختلفة ؟ . وهل تتميز الاضطرابات الشديدة للأطفال عن الضعف العقلي أم أنهم جميعا تعتبر مظاهر مختلفة للتخلف العقلي؟ . ما هو أصغر عمر زمني يمكن أن تظهر فيه هذه الاضطرابات لدى الأطفال ؟ . وهل تحدث هذه الاضطرابات منذ مولد الطفل أم أنها تظهر بعد فترة معّينة من النمو العادي له ؟ .

ولم يستطع دي شانكتيس الوصول إلى إجابات قاطعة لهذه التساؤلات بيد أنه قدم وصفاً لبعض أمثلة الاضطرابات النفسية الشديدة – أطلق عليها جنون البشر Deminta praecocissima – التي تحدث قبل البلوغ ، وتختلف عن التخلف العقلي إلا أنها تماثل من حيث التكيف فصام الطفولة بالصورة التي يحدث بها خلال المراهقة المتأخرة والرشد (وذلك طبقا للأوصاف التي قدمت له) . وقد رأي أن هذه المشكلة كانت تتميز بالانسحاب الانفعالي ، والقلق ، والتهيج ، والسلوك المنحرف ، والتدهور العقلي الذي يعقب فترة من النمو العادي .

وفي نفس الفترة الزمنية تقريباً لاحظ الباحث الألماني ثيودورهيلر عدة أطفال ممن بدت عليهم مؤشرات وأعراض اضطراب شديد عند وصولهم الثالثة أو الرابعة من العمر (هيلر Heller ، ١٩٣/١٩٦٩) ، حيث بدأ هؤلاء الأطفال يعانون من تغير المزاج، والتمرد، والسلوك المدمر، والقلق، وتدهور القدرات العقلية التي غالباً تصاحب فقد القدرة على الكلام، وذلك بدون وجود أي أدلة سابقة على هذا السن قد توضح مسببات ذلك التدهور العقلي. كما ظهرت أيضاً أدلة على تدهور الأداء الحركي، وفقد القدرة على ضبط النفس، وتقلص عضلات الوجه وقسماته بصورة غير عادية لا إراديا. وقد أصبحت هذه الحالة تعرف بما يسمى الخجل أو الجنون الطفولي Dementia infantilis، بينما أطلق عليها البعض زملة أعراض هيلر Heller,s Syndrome . وقد أكد هيلر وغيره من الباحثين أن هذا الاضطراب يختلف عن فصام الشخصية الذي يحدث للكبار كما يختلف عن فصام الطفولة Ghildhood schizophrenia .

وقد ركز باحثون آخرون في أوروبا وأمريكا على فصام الطفولة مباشـــرة، حيث كانوا يميلون إلى تضييق الفجوة أو الفروق التي تحدث عنها هيلر بين فصام الطفولة والجنون الطفولي. وقد كانت لوريتابندرد Leuretta Bender من بين أكـــثر الباحثين تأثيراً في هذا المجال، حيث توصلت في نهاية الثلاثينيـــات مـــن القـــرن العشرين إلى وجهة نظر مؤداها أن فصام الطفولة عبارة عن اضطـــراب نفســي عضوي عام يؤثر على جميع مجالات الأداء . وفي عام ١٩٤٨ أجرت بيندر مزيداً من التعديل لهذا المفهوم؛ حيث اقترحت أن فصام الطفولة ينطوي على محـــددات وراثية أو جينية تؤدي إلى قصور في النضج، وتحدث أثناء نمو الجنيـــن داخـــل الرحم. وبعبارة أخرى فإن قصور التخليق المناسب لمكونات الجنيـــن ووظائفـــها يضع الأساس للاضطراب العام لجميع مجالات الأداء النمائي الذي ينبـــئ بوجـــود أزمة أو معضلة يمكن أن تظهر بوادرها الفعلية عند الميلاد، وخلال مرحلتي المهد أو الطفولة المبكرة . بيد أن بيندر لم تستطع الوصول إلى أدلة قاطعة – سواء من خلال أبحاثها أو من مراجعة نتائج الدراسة الأخرى – تشير إلى وجود مســـببات اجتماعية أو بيئية لهذا الاضطراب (بيندر، ١٩٧١) .

وقد بدأ خلال تلك الفترة الزمنية أيضـــاً ظـــهور النظريـــة الســيكوديناميـة بتأثيراتها القوية على مجال الطب النفسي للطفل سواء في أوروبـــا أو الولايـــات المتحدة الأمريكية وذلك من خلال أعمال باحثين من أمثال رين سبيتز Rene Spitz (١٩٤٥) ؛ ج ز لويس دســبيرت Louis Despert j. (١٩٣٨، ١٩٦٥ ، ١٩٦٨) ، ومارجريت مـــاهلر Margaret Mahelr (١٩٥٢)، ميلانـــي كليـــن Melanie Klein (١٩٣٢) ، وبرونو بيتلهيم Bruno Bettelheim (١٩٥٥ أ، ب) . وقد كان محـــور نتائج أعمالهم يدور حول تقييم وجهة النظر القائلة بأن التأثيرات البيئية الســلبية والأحداث النفسية الصادقة تعد من العوامل الأساسية المسببة لنشأة الاضطرابـــات

الانفعالية الشديدة المتمثلة غالباً في فصام الطفولة . وسواء نشأ الأطفال في بيئة أسرية فقيرة، ومتصدعة . يسودها الفقر والجهل؛ أو في بيئة متوسطة من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي حيث تزداد مصادر الاضطراب الانفعالي المدمر كل ذلك يجعل من الصعب على هؤلاء الأطفال مواجهة الحرمان العضوي والانفعالي، والرفض الوالدي، ومن ثم ينسحبون إلى عالمهم الخاص المتسم بالوحدة والفزع والرعب . وقد أشارت كثيراً من التقارير الكلينيكية والأوراق البحثية إلى عدد من الخصائص الوالدية التي أمكن تحديدها باعتبارها تعوق عملية نمو الطفل، ومن ثم فقد ركزت أساليب العلاج على محاولة تعديل سلوك الوالدين بالإضافة إلى علاج الطفل المضطرب في نفس الوقت .

وتاريخيا؛ كان يتم علاج بعض الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة في أماكن خاصة معزولة باهظة التكاليف، وذلك من خلال برامج التدخل الطبية النفسية، والاجتماعية المكثفة سواء مع الأطفال أو أسرهم . بينما حاول البعض – خلال نفس الفترة الزمنية – تجميع هؤلاء الأطفال مع أقرانهم المتخلفين عقلياً أو من يعانون من اضطرابات عصبية ووضعهم في مؤسسات عامة دون تقديم خدمات تذكر لهم سوى الرعاية المستمرة من قبل أفراد متطوعين ليسوا على درجة مناسبة من التدريب. ومع ذلك فإن ذلك الجدل والنزاع العلمي لم يسفر عن تغييرات تذكر في حياة هؤلاء الأطفال وأسرهم .

وفي عام ١٩٤٣ نشر ليوكانر Leokanner – أحد الأطباء النفسيين الأميريكين – ورقة بحث بارزة بعنوان " اضطرابات التوحد للتواصل العاطفي " . Autistic Disturbances of Affective Contat وقد وصف كانر في هذه الورقة نتائج عمله مع ثمانية أولاد وثلاث بنات لم يبلغ أي منهم الحادية عشرة من العمر . وكان أولئك الأطفال يشتركون في كثير من الخصائص ؛ من أبرزها عدم القدرة

على الارتباط بالناس والمواقف بصورة عادية منذ وقت مبكرجداً من حياتهم . ومثل هذا " التوحد الفريد " Autistic doneness ظهر في صورة الفقد التام لأي استجابة جسمية أو انفعالية للآخرين من حوله عدا الحزن أو اليأس أو الامتعاض عندما يحاول أي فرد الاقتراب منه أو اقتحام عالمه الخاص .

وقد لاحظ كانر أيضاً أن هؤلاء الأطفال لا يقدمون مطلقاً على تعديل وضع أجسادهم بصورة تلقائية دون أن يرفعهم أو يحركهم أحد، كما أنهم لا يحاولون حتى تعديل وضع أجسادهم وفقاً لوضع الأشخاص الآخرين الذين يمسكونهم أو يساعدونهم، ورغم أن ثمانية من أفراد مجموعة الدراسة تعلموا الكلام إلا أنهم لا يستخدمونه في التواصل مع الآخرين. ورغم أن بعض هؤلاء الأطفال يتميزون بذاكرة صماء جيدة إلا أن ما تبديه تلك الذاكرة لا يحمل أي معاني تواصلية بالنسبة للآخرين. ويمارس بعض هؤلاء الأطفال المصاداة – ترديد الكلام مثل صدى الصوت – بيد أنهم لا يستطيعون ممارسة الكلام بصورة تلقائية . فهم لا يستطيعون استعمال كلمة نعم للتعبير عن الموافقة أو التأكيد، ولكن يمكنهم ذلك فقط من خلال تكرار أو ترديد ما يسمعونه . فإذا سمع الطفل مثلاً : هل تريد بسكويت؟، فإنه يجيب قائلا ؛ هل تريد بسكويت ؟، وهكذا يستمر في ترديد أو تكرار نفس الكلام دون تغيير في طبقة الصوت أو ارتفاعه . وقد يخلط بعض هؤلاء الأطفال بين الضمائر حيث يستخدم لفظ " أنت " بدلاً من " أنا " . ويبدي هؤلاء الأطفال رغبة قهرية بالتأكيد على ثبات كل شيء في البيئة من حولهم أو بقائه دون أي تغيير . فتغيير وضع أي شيء في البيئة أو استبعاده، أو إضافة أي شيء جديد إلى بيئتهم فجاة ... كل ذلك من شأنه إثارة حزنهم أو ألمهم أو يأسهم. وتتضمن خاصية الرغبة في الثبات أيضاً إقدام هؤلاء الأطفال على تكرار نفس الأفعال مراراً وتكراراً بصورة لا نهائية حتى إذا كانت بسيطة أو تافهة. فقد

يقضي كثيراً من هؤلاء الأطفال ساعات طويلة في تدوير الأشـياء، أو لفـها، أو هزها على وتيرة واحدة دون ملل، أو مشاهدة شـريط التسـجيل يلـف دون أي صوت، أو تدوير إطار السيارة اللعبة بصورة مستمرة دون ملل .

ويعتقد كانر (١٩٤٣) أن جميع الأطفال الذين قـام بملاحظتـهم يتمتعـون بطاقات عقلية جيدة،؛ فهم يبدون أذكياء، ويقظين ، ويستخدم مـن يتكلـم منـهم مستوى متميزاً من المفردات اللغوية . ولكن ؛ نظراً لأن هؤلاء الأطفال لا يتيحون الفرصة للآخرين للتواصل الفعلي معهم في صورة تفاعلات حقيقية فـإن تطبيـق اختبارات الذكاء عليهم لقياس مستوى ذكائهم بشكل رسـمي ربمـا يعـد أمـرا مستحيلاً . وقد أنحدر جميع هؤلاء الأطفال من أسر تميز أفرادها بمستوى ذكـاء مرتفع؛ وحيث أنهم قد تعرضوا للاضطراب الحاد منذ الولادة دون مرورهم بـأي فترة نمو عادية، فإنهم يعتبرون ضمن من أصيبوا " بالتوحد الطفولـي المبكـر " Early infantile autism، وقد لوحظ أن هذا الاضطراب يختلف عن فصام الطفولـة أو غيره من الاضطرابات الانفعالية الشديدة التي سبق وصفها .

وقد انطلقت كثيراً من الدراسات – بعد ذلك – من خلال الوصف الذي قدمه كانر لعينة دراسته؛ مما أدى إلى حدوث تغيرات كبـيرة فـي أسـاليب تعريـف وتشخيص هذا الاضطراب، بحيث أن الأوصاف الحالية لم تعد تماثل كثـيراً تلـك التي قدمها كانر. وقد ثار جدل كبير بين الباحثين حول ما إذا كان كل من التوحـد الطفولي المبكر وفصام الطفولة عبارة عن اضطراب واحد أم أنـهما اضطرابـان مختلفان . كما تساءلوا عن أهم الاعتبارات التي يتعين أخذها في الاعتبـار كـي يمكن توضيح أوجه الاختلاف بين تعريف نوعي الاضطرابات. فضلاً عما ثار مـن جدل بين الباحثين حول مسببات كل من التوحد وفصام الطفولة .

وقد شهدت السنوات القليلة الماضية ظهور محاولات كثيرة – ليست كلها ناجحة– توجهت نحو مزيد من الدقة في تعريف وتشخيص هذه الاضطرابات. وبالتالي فقد حلت نتائج الأبحاث إلى حد كبير محل الآراء النظرية والانطباعات الشخصية، ومن ثم فقد اختلفت المصطلحات المستخدمة حالياً كثيراً عن تلك التي استخدمت سابقاً . بيد أن هذه المشكلات تعد معقدة بدرجة كبيرة بحيث نجد أن تقارير الأبحاث المعاصرة ما زالت تعكس الجدل والاختلاف بشأنها . ورغم ذلك فهناك تقدماً مستمراً – وإن كان بطيئاً – في عملية فهم هذه المشكلات التي تعد من أكثر مشكلات الطفولة تدميراً، ونأمل في الوصول إلى مزيد من برامج التدخل الفاعلة لمواجهتها .

دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها والاضطرابات النمائية العامة

لقد استخدم دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها (DSM III) مصطلح الاضطرابات النمائية العامة ليحل محل جميع المصطلحات التي شاع استخدامها سابقاً للإشارة إلى الاضطرابات الانفعالية الشديدة للطفولة ، وبالتالي فقد تم استبعاد المصطلحات الأخرى مثل ذهان الطفولة، وفصام الطفولة، وزملة أعراض هيلر، والجنون الطفولي، وذهان التعلق بالأم Symbiotic psychosis . ويشمل مصطلح الاضطرابات النمائية العامة مختلف المشكلات التي تتميز بانحراف العمليات النفسية الأساسية مثل الانتباه، والإدراك، والتعلم، والتعامل مع الواقع، والنمو الحركي، وغيرها من العمليات اللازمة لنمو المهارات الاجتماعية واللغوية. وقد استخدم هذا المصطلح لتأكيد حقيقة أن هذه الاضطرابات تؤثر على

معظم مجالات الأداء الأساسية بدرجة شديدة في نفس الوقت . فهذه المشكلات تعكس اضطراب نوعي شديد في النمو بحيث لا نجد الطفل يتقهقر إلى مرحلة نمو سابقة أو أنه يتأخر في النمو، وإنما يتعرض لانحرافات غير عادية بصورة لا تناسب أي مرحلة من مراحل النمو .

وهنا قد يثار التساؤل التالي؛ ماذا حدث لجميع المشكلات الأخرى التي توصل إليها الباحثون خلال المائة عام الماضية؟ . ويبدو أن الإجابة على هذا السؤال بسيطة لأنه لم يحدث أي شيء لهذه المشكلات . فلم يتم تحديدها أو تعريفها بوضوح في كثيراً من الحالات، ولم يتم التمييز بينها بصورة دقيقة، كما أنها لا زالت تعني أشياء مختلفة بالنسبة لمختلف الباحثين ، لذلك لم تعد هذه المشكلات ذات فائدة علمية كبيرة، وبالتالي فلم نعد نأمل في أنها سوف تساعد كثيرا – على المستوى الكلينيكي – في عملية إعداد برامج التدخل الفاعلة . ويبدو أن الأطباء النفسيين وعلماء النفس قد أصبحوا حالياً أكثر قناعة بأنهم كانوا يحاولون تقديم خصائص مصطنعة للتمييز بين هذه المشكلات، كما أنهم انخرطوا في النقاش والجدل والاعتراض دون الاستناد إلى إطار نظري ثابت، أو إلى معلومات قوية يمكن أن تتيح إمكانية التواصل والتفاهم المتبادل بينهم . فالتقدم العلمي يمكن أن يحدث فقط عندما يوجد تفاهم متبادل يستند إلي مصطلحات وتعريفات إجرائية واضحة وثبات أو اتساق في تطبيق تلك المفاهيم . وبصورة عامة فقد تم التوصل إلى عدد محدود من المصطلحات والتعاريف، كما أن الأبحاث المكثفة أسفرت عن بعض المفاهيم ذات الفائدة الكبيرة في مساعدتنا على مزيد من الفهم العميق بصورة تساعد على إعداد برامج الوقاية والتدخل الناجعة .

وجدير بالذكر أن صنف الاضطرابات النمائية العامة يشمل خمسة أصناف فرعية هي : التوحد الطفولي – وجود الأعراض كاملة؛ والتوحد الطفولي – بقايا

الأعراض ؛ والصورة الطفولية للاضطرابات النمائية العامة – وجود الأعراض كاملة ؛ والصورة الطفولية للاضطرابات النمائية العامة – وجود بقايا الأعراض ، والاضطرابات النمائية غير العادية (المنحرفة) . وسوف نناقش فيما يلي مفهوم التوحد الطفولي من حيث تقييمه ومسبباته . ويلي ذلك مناقشة تفصيلية لما يطلق عليه حالياً الصورة الطفولية للاضطرابات النمائية العامة

التوحد الطفولي Infantile Autism

يعكس مصطلح التوحد الطفولي المستخدم حالياً بعض المفاهيم المبكرة التي قدمها كانر، بيد أنه ينطوي على بعض الاختلافات البارزة أيضاً (دي مير، وهينجتجن، وجاكسون Demyer, Hingtgen & Jackson ، ١٩٨١) . فقد ذكر كانرعلى سبيل المثال أن أفراد عينة دراسته كانوا يتميزون بطاقات عقلية جيدة، وملامح تدل على اليقظة والوعي، ومستوى ذكاء مرتفع، ورغم ذلك فقد حاول بعض الباحثين أحياناً التعامل مع كل من التوحد الطفولي والتخلف العقلي باعتبارهما متلازمان ويصعب التمييز بينهما في عملية التشخيص، بينما يرفض البعض الآخر من الباحثين ذلك خاصة المعاصرين منهم .

ورغم أن كانر وصف التوحد بأنه يتضمن عدم القدرة الفطرية على الارتباط بالآخرين أو التواصل معهم، كما لاحظ أيضاً أنه لا ينطوي على أي خلل عضوي معروف؛ حيث أكد أن أفراد عينة دراسته من الأطفال كانوا يتمتعون بحالة عصبية جدية . ومع ذلك فليس أمامنا سبيل للتأكد مما إذا كان كل الأطفال الذين درسهم كانر كانوا أصحاء بالفعل أو يعانون بدرجة أو أخرى من التلف أو الخلل العصبي. وفي الواقع فقد توصل بعض الباحثين الآخرين إلى أدلة على وجود خلل عصبي

يصاحب التوحد الطفولي، أو ربما يكون أحد مكوناته . فقد أجريت دراسة تتبعية مثلاً لعينة مختلفة من الأطفال الذين يعانون من التوحد بعد دراسة كانر بخمس وعشرين سنة، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن ١٨% من أفراد العينة قد تعرضوا لنوبات من التشنج عند بلوغهم مرحلة المراهقة (روتر ولوكير Rutter & Lockyer ، ١٩٦٧) . كما أوضحت دراسات أخرى أن ٨٠% تقريباً من الأطفال الذين يعانون من التوحد يتعرضون لنوبات التشنج، مما يشير إلى وجود خلل عصبي لديهم (ديكين وماك ماهون Deykin & McMahon ، ١٩٧٩) . ويذهب أصحاب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها (APA) ، ١٩٨٠) إلى أن التوحد يصاحب باضطرابات عضوية، بيد أنهم لم يوضحوا ما إذا كان ذلك يعني أنه يرجع أساساً إلى الخل العصبي أم لا .

ورغم مرور أكثر من خمسين عاماً على نتائج دراسة كانر التي وصف من خلالها التوحد الطفولي فما زالت توجد عدة نظم مختلفة لتشخيص هذا الاضطراب؛ بحيث قد يبلغ عدد تلك النظم عدد الباحثين الذين استخدموها (ديمير ، وهينجتجن، وجاكسون، ١٩٨١) . ومع ذلك، فإننا سوف نلتزم إلى حد كبير بالنظام الذي قدمه دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها (الطبعة التالثة)[1]، وذلك بغرض المحافظة على الاتساق في استخدام المصطلحات وكذلك في عملية التشخيص بما قد يساعد في إحراز مزيد من التقدم في هذا المجال .

هناك بعض التعديلات حول التوحد وما يرتبط به من اضطرابات تم وضعها لأول مرة في الطبعة الرابعة من هذا الدليل (DSM IV) سوف نستعرضها بإيجاز في نهاية الحديث عن التوحد الطفولي (المترجمان) .

Converted by Tiff Combine - (no stamps are applied by registered version)

مؤشرات وأعراض التوحد الطفولي

يتضمن تعريف "التوحد الطفولي" انه يتميز بالعزلة التوحدية ، وفقدان القدرة على الاستجابة للآخرين بصورة عامة وشديدة ، حيث يبدو أن الأطفال التوحديين يعيشون مع أنفسهم دون أن يعيروا أي انتباه لوجود الأخرين أو عدم وجودهم. ففي حالة وجود الناس بالقرب منهم فقد يعاملهم هؤلاء الأطفال باعتبارهم أشياء وليسوا بشراً . فقد نجد أحد هؤلاء الأطفال يتعامل مع أي جزء من جسد الفرد الآخر وكأنه لعبة أو وسيلة؛ فقد يمسك يد الفرد -على سبيل المثال- ويستخدمها في تحريك مفتاح الإضاءة دون أن يتفاعل معه مطلقاً . أي أنه لا توجد لديه أي رغبة أو اهتمام للارتباط بالآخرين أو الانتماء إليهم .

ويبدو أن الأطفال التوحديين لم يظهروا أي استعداد للاستجابة للمسئولين عن رعايتهم؛ فهم لا يميلون إلى معانقة الأم، أو الابتسام والابتهاج استجابة لحضورها إليهم، ولا يحبون أن يمسكهم أحد أو حتى أن يلمسهم . وغالباً لا تبدو عليهم مظاهر القلق المفزع التي يتعرض لها معظم الأطفال مع نهاية العام الأول من عمرهم . ومع تقدم هؤلاء الأطفال في النمو فقد يُقدم بعضهم على محاكاة أنشطة اللعب التي يشاهدون الأطفال الآخرين يمارسونها وتكرارها دون تغيير، ودون أي محاولة للتفاعل معهم أو مشاركتهم ألعابهم .

وقد توجد لدى هؤلاء الأطفال القدرة على ممارسة الكلام أو قد لا توجد، وفي حالة الأطفال الذين يستخدمون الكلام فإنهم يستخدمونه بطريقة غريبة أو غير مألوفة ؛ كما سبق أن لاحظ كانر . ويبدو أن ٥٠% من الأطفال التوحدويين تقريباً لم تنمو لديهم القدرة على ممارسة الكلام بصورة مفيدة (كامبل وجرين Campbell & Green، ١٩٨٥) . وقد يستخدم بعض هؤلاء الأطفال الكلام في صورة

مصاداة، بينما يعكس البعض الآخر منهم الضمائر كما سبق أن أشرنا . وربما يستخدم هؤلاء الأطفال الكلام بصورة حرفية ومبسطة، ومحدودة وبطريقة غير مألوفة؛ بحيث يأتي كلامهم غير واضح وعديم المعنى. وقد يستخدم هؤلاء الأطفال أثناء كلامهم خصائص النغمة والطبقة والشدة بصورة غير عادية. ومن الاضطرابات الشائعة في نغمة الصوت لدى هؤلاء الأطفال ما يبدونه من تغيير في مقامه أو طبقته عند نهاية الكلام كي يبدو دائما في صورة تساؤل . وقد يميلون أحياناً إلى ممارسة التكرار النمطي لبعض المقاطع الصوتية عديمة المعنى كما لو كانوا يمارسون الغناء .

وقد تنمو لدى بعض الأطفال التوحديين عادات ممارسة أصوات غير الكلام بصورة غير عادية، وقد يشمل ذلك طقطقة اللسان، أو الصراخ ، أو الصياح، أو تكرار المقاطع الصوتية عديمة المعنى. وهكذا يبدو أن هؤلاء الأطفال لا يحاولون التواصل مع الآخرين من خلال تلك الأصوات، وإنما هي مجرد تعبير عن سلوك الاستثارة الذاتية.

وتعد الرغبة القهرية في الحفاظ على ثبات البيئة من الخصائص الجوهرية التي تميز التوحد الطفولي كما لاحظها كانر ودعمها كثيراً من الباحثين من بعده (ريملاند Rimland ، ١٩٦٤) . فقد يتميز بعض هؤلاء الأطفال بالقدرة على الوعي الدقيق بأوضاع الأشياء- وكذلك الأفراد أحياناً - في البيئة ويصرون على عدم إجراء أي تغييرات لأوضاع هذه الأشياء. فترتيب الأثاث بالمنزل، ووضع اللعب، وطريقة وضع الكتب على الأرفف، وحتى طريقة إعداد المائدة.. كلها تعد موضع اهتمام أساسي وجوهري بالنسبة للطفل التوحدي الذي يقاوم إجراء أي تغيير لها، وقد يتعرض للحزن والألم والأسى إذا ما طرأ أي تغيير عليها .

وربما يبدي بعض الأطفال التوحديين رغبة قوية في الالتصاق ببعض الأشياء التافهة مثل إطار سيارة لعبة مكسورة، أو بطارية قديمة، أو قطعة قماش أو خيط .. الخ وذلك بطريقة سلبية عديمة الفائدة. وقد يستغرق بعض هؤلاء الأطفال في تكرار فعل معين بصورة قد لا تنتهي مثل تحريك مفتاح الإضاءة لأعلى وأسفل، أو إدارة شريط تسجيل فارغ لفترات طويلة، أو القبض على قطعة من الخشب لفترات طويلة، أو التحديق في المروحة وهي تدور بصورة مستمرة.

وهناك بعض الأطفال التوحديين الذين قد يصابون بالوساوس حيال موضوع معين كالطقس مثلاً؛ حيث يتابعون أخبار الطقس . سواء من خلال القراءة عنه، أو الإنصات إلى تقارير الطقس بالإذاعة أو التفزيون، ويدققون في حدوث أي تغييرات في الطقس، ويتحدثون فقط عنه. وقد يبدي ذوو مستوى الذكاء المرتفع من هؤلاء الأطفال ولعاً أو إفتتاناً بموضوعات تخص الطرق مثل جداول القطارات أو قوائم مواعيدها . فقد وصف برنارد ريملاند Bernard Rimland (١٩٦٤) حالة طفل توحدي يبدي رغبة شديدة للاسغراق في الاهتمام بسخانات المياه . فقد يقف هذا الطفل متصلبا كي يحدق إلى سخان المياه، وقد يبحث عنها من مبنى إلى آخر، وقد يتصفح كثيراً من المجلات باحثاً عن صورها، وقد تم وصف بعض الأطفال التوحديين باعتبارهم يظهرون مستوى أداء يماثل حالة " العبقري المعتوه " Idiot savant ، أو ما يطلق عليه حرفياً "المعتوه الحكيم" Wise idiot ، ويشير إلى ذلك الطفل الذي يظهر أداءاً متميزاً في مجال صغير أو ضيقجداً بينما يعاني من ضعف شديد في بقية مجالات الأداء الأخرى أو معظمها. فقد وصف كاتر أحد الأطفال التوحديين الذي يتميز بقدرة غير عادية على إجراء العمليات الحسابية (جمع أو طرح) الصماء بصورة صحيحة، بينما وصف باحثون آخرون حالات لأطفال لديهم موهبة موسيقية غير عادية ، أو يتمتعون بذاكرة صماء قوية، أو لديهم موهبة غير عادية في إجراء العمليات الحسابية . ومع ذلك فإن مثل هذه

القدرات المتميزة تعد عديمة الفائدة نظراً لأنها لا تهدف إلى إنجاز أشياء معينة، أو تساعدهم على التعامل الحقيقي مع الآخرين أو التعامل مع بقية مجالات الأداء في البيئة .

ومن السلوكيات الأخرى الشائعة بين الأطفال التوحديين سلوك الإساءة إلى الذات، أو نوبات الضحك المزعجة، أو الصراخ، أو الغضب الشديد، أو عتبة الاحساس بالألم المرتفعة أو المنخفضة جداً، أو الإخفاق في الإحساس بالخطر، أو تدوير الإصبع أو اليد بصورة مستمرة، أو تحريك الجسد وهزه على وتيرة واحدة بصورة مستمرة قد لا تنتهي .

وأخيراً فقد اتضح أن معظم الأطفال التوحديين يعانون من تدني مستوى الأداء العقلي بدرجة شديدة؛ كما توضح ذلك درجات اختبارات الذكاء المقننة التي طبقت عليهم، وذلك على العكس من الاعتقاد السابق حول ارتفاع مستواهم العقلي. ويبدو أن كانر وصل إلى ذلك الاعتقاد من خلال ملاحظة بعض أفراد عينة دراسته وهم يستخدمون مفردات لغوية مرتفعة، أو يتميزون بذاكرة صماء قوية، أو لانشغالهم الكبير ببعض الموضوعات في البيئة . كل ذلك جعله يعتقد أن هؤلاء الأطفال يتميزون بمستوى ذكاء عادي أو فوق المتوسط. ولكن لسوء الحظ فإن البحوث التي أعقبت ذلك لم تؤيد وجهة نظر كانر حول مستوى ذكاء الأطفال الذين يعانون من التوحد الطفولي، وتعد دراسة ماريان دي مير وآخرون Marian Demyer, et al (١٩٧٤) من أكثر الدراسات التي تناولت ذكاء الأطفال التوحديين شمولاً ، حيث أجريت على عينة قوامها ١٣٥ (ذكوراً وإناثاً) من هؤلاء الأطفال في متوسط الأعمار ٢-٥ أعوام .وقد اتضح أن ٧٥% من أفراد العينة تقريباً يتميزون بمستوى ذكاء ٨٥ فأكثر . وعند قياس مستوى ذكاء ٧٠ من هؤلاء الأطفال بعد ست سنوات اتضح أنه ثابت بدرجة كبيرة عند مستواه السابق، وحتى

أولئك الذين أظهروا بعض التحسن في الأداء على اختبارات الذكاء ظلوا في نطاق مستوى أداء المعوقين عقلياً. كما أسفرت بعض الدراسات الأخرى عن نتـــائج لا تدعوا إلى التفاؤل كثيراً حيث اتضح أن نصف الأطفال التوحديين ممـــن قـــاموا بدراستهم يتميزون بمستوى ذكاء يضعهم ضمن التخلـــف العقلـــي المتوســـط، أو الشديد، أو الحاد، وأن ربعهم يقع ضمن فئة التخلف العقلي البسيط، بينما يتمـــيز الربيع المتبقي من الأطفال بمستوى ذكاء فوق ٧٠ (كامبل وجريـــن Campbell & Green ، ١٩٨٥) . وعلى كل حال فإن هناك أدلة قوية توضح أن التوحد الطفولي يصاحب بتدني مستوى الأداء العقلي بصورة عامة وشديدة .

أسباب التوحد الطفولي

لقد امتدت وجهات النظر والبحوث التي تناولت أسباب التوحـــد الطفولـــي لتشمل مختلف التوجهات؛ سواء من يتمسك منهم بوجهة النظر البيئيـــة أو مـــن يركزون على العوامل الوراثية والتكوينية كمسببات لهذا الاضطراب، فضلاً عـــن وجهات نظر أولئك الذين يتخذون موقفا وسطاً في هذا الصدد. وفي الواقـــع فقـــد قدمت كثيراً من النظريات المختلفة حول مسببات التوحـــد الطفولـــي منـــذ بـــدء الاهتمام بهذا الاضطراب في عام ١٩٤٣ .

وجدير بالذكر أنه يمكن تصنيف معظم النظريات التـــي تنـــاولت مســـببات التوحد الطفولي في ثلاثة توجهات أساسية إما عضوية، أو عضويـــة بيئيـــة، أو بيئية (هينجتجن وبريسون Hingtgen & Bryson ، ١٩٧٢) . وتركـــز النظريـــات العضوية عموماً على العوامل الوراثية للطفل، والتفاعل بين تلك العوامل الوراثيـــة وبيئة الرحم، أو بعض أشكال الإصابات أو الأمراض التي قد يتعرض لها الجنيـــن

قبل الولادة، أو أثناء الوضع، أو عقب الولادة بفترة وجيزة. وتفترض نظريات "الطبع" Nature theories هذه (دي مير، وهينجتجن ، وجاكسون، ١٩٨١) . أن الطفل التوحدي يعاني من خلل عضوي، وأن الوالدين أو غيرهم من المؤثرات البيئية ليست لها تأثير يذكر على حالة الطفل. وعلى العكس من ذلك فهناك نظريات "التطبع" Nurture theories التي تذهب إلى أن الطفل التوحدي يعد عادي من حيث الجانب العضوي غير أنه يتعرض لمؤثرات قوية في مرحلة مبكرة جداً من حياته تسفر عن إصابته بالاضطراب النفسي الشديد. ويضع أصحاب هذه النظريات معظم مسئولية تعرض الطفل للاضطراب على الوالدين بصفة خاصة. أما أصحاب النظريات التي تجمع بين الطبع والتطبع فيذهبون إلى أن حدوث التوحد ينتج عن تعرض الطفل الذي لديه استعداد عضوي لذلك لمؤثرات بيئية سلبية قوية مثل الحرمان العاطفي أو الرفض الوالدي الشديد .

ومن المهم أن يلم الدارسون لهذا الاضطراب ببعض المعلومات حول أهم هذه النظريات بالإضافة إلى البحوث الأساسية حول مسببات التوحد، ومن ثم فسوف نستعرض أكثر النظريات تأثيراً في هذا الصدد، وفي نفس الوقت سوف نقوم بتلخيص أهم البحوث المرتبطة بكل من هذه النظريات .

نظريات التطبع (البيئة)

لقد تأثرت وجهات النظر المبكرة حول مسببات التوحد الطفولي بالنظريات السيكودينامية للشخصية، وكذلك بملاحظات كانر سالفة الذكر. ونظراً لأن الخصائص التي تم تحديدها للتوحد الطفولي تتضمن عدم القدرة على الارتباط بالآخرين إلى جانب العزلة الحادة؛ لذلك فقد حاول كانر دراسة الخصائص

الاجتماعية لأولياء أمور هؤلاء الأطفال وأسرهم . وقد خلص كانر من ذلك إلى أن معظم الأطفال التوحديين يتميزون بمستوى ذكاء مرتفع؛ حيث كان أربعة منهم أطباء نفسيين، وأحدهم محامياً، وآخر كيميائياً، أما الباقون فقد كانوا من رجال الأعمال والأكاديميين الناجحين . وكان تسعة من أمهات هؤلاء الأطفال ملتحقات بالدراسات العليا، ومعظم الباقيات منهن أكملن دراستهن الجامعية للحصول على الدرجة الجامعية الأولى. كما اتضح أن كثيراً من أجداد الأطفال في عينة كانر وأقاربهم من العلماء ورجال الأعمال .ورغم ذلك فقد لاحظ كانر أن معظم أولياء أمور هؤلاء الأطفال يتميز بالوسوسة، واللامبالاة، وجمود المشاعر العاطفية، وحتى الزواج الناجح في بعض أسرهم فقد تميز بالفتور والعلاقة الرسمية .

ونظراً لأن تلك الأوصاف المبكرة لأولياء أمور الأطفال التوحديين تضمنت اتسامهم باللامبالاة ، وتبلد المشاعر، والعزلة، والتقليدية أو الرسمية ... لذلك فقد ظهرت وجهة نظر مؤداها أن الحرمان العاطفي يعتبر من العوامل الأساسية المسببة لاضطراب التوحد . يبدو أن هؤلاء الأطفال ينتمون إلى أسر تتميز بالبرود العاطفي أو الانفعالي؛ حيث تتدنى مشاعر الدفء العاطفي أو التلقائية الحقيقية إلى حد كبير (أيسنبرج Eisenberg ، ١٩٧٥ ؛ أسينبرك وكانر، ١٩٥٦) . ونظراً لفقدان مشاعر الدفء، والعاطفة، والحب في الأسرة فقد افترض أن الأطفال التوحديين أخفقوا في تنمية المشاعر الكافية للارتباط بالوالدين (فاقد الشيء لا يعطيه) وآثروا الإنغلاق على أنفسهم ، والارتباط بالأشياء أكثر من ارتباطهم بالناس .

ورغم غياب الأدلة التجريبية فإن وجهات النظر القائلة بأن ضعف الرعاية الوالدية تعد من العوامل الأساسية كمسبب للتوحد كانت موضعاً لكثير من الاختلاف . فقد رأى عدد من الباحثين أن التوحد الطفولي يحدث نتيجة عدم توافر

الاستثارة من جانب الأم، وإخفاقها في إشباع الحاجات الأساسية للطفل، ومحاولة إجبار الطفل على كبت غرائزه ، والحرمان من الاستثارة الحسية خلال أهم مراحل نموه، وحرمان الطفل من مداعبة الأم له ، وحمله أو لمس جسده..الخ (دي مير، و هينجتجن ، وجاكسون ، ١٩٨١) .

ومما تجدر الإشارة إليه أن كثيراً من أصحاب نظريات التطبع ذكروا بوضوح أنه من المحتمل أن يكون لدى الطفل التوحدي مواطن ضعف داخلية؛ من حيث القدرة على تنمية المشاعر العادية التي تمكنه من الارتباط بالوالدين، أو تجعله زائد الحساسية حيال الضغوط البيئية (بتلهيم Betelheim ، ١٩٦٧ ؛ كانر Kanner ، ١٩٤٣) ومع ذلك فإن التأثير العام لهذه النظريات اتسم بدرجة عالية من الشدة جعلت المتخصصين أو المعلمين، وأولياء الأمور يؤكدون على دور ضعف الرعاية الوالدية كعامل أساسي – وربما يعد من أهم العوامل على الإطلاق– في حدوث التوحد الطفولي .

نظريات الطبع (العضوية)

تتخذ هذه النظريات وجهة نظر معاكسة لتلك التي يتبناها أصحاب النظريات السابقة التي تؤكد دور الوالدين في نشوء التوحد الطفولي ؛ حيث يرى أصحاب نظريات الطبع أن هذا الاضطراب يحدث نتيجة وجود خلل عضوي لدى الطفل ، ويسلم معظم أصحاب هذه النظريات بوجود خلل في تركيب خلايا الجسم أو أجهزته بصورة تعوق عملية النمو الادراكي أو العقلي، أو العاطفي أو الانفعالي، أو اللغوي أو جميعها بصورة عادية .

ويعتبر برنارد ريملاند Bernard Rimland (١٩٦٤) مـــن أوائـــل المؤيديـــن لوجهة النظر العضوية في تفسير أسباب التوحد الطفولي . وقد ذهب ريملاند إلـــى أن الأطفال التوحديين يعانون من تلف كلي في القدرة على الربط بيـــن المثـــيرات الجديدة وتلك التي تم اختزانها من خلال الخبرات السابقة، وهي وظيفة أساســـية لجميع العمليات العقلية (ريملاند ، ١٩٦٤، ص٧٩) . لذلك فإن الطفل التوحـــدي لا يستطيع تكوين مفاهيم ذات معنى أو تكامل الخبرات مع بعضها في كليات شاملة ؛ فالخبرات بالنسبة له تعد فردية، وغير مترابطة، وعديمة المعنى . ويترتب على ذلك أيضاً عدم قدرة هذا الطفل على ربط الخبرات الانفعالية أو العاطفية بمفاهيمها العقلية المناسبة. فمعظم الأطفال يرتبطون بأمهاتهم أو غيرهن من المسئولين عن رعايتهم من خلال المشاعر الإيجابية التي يحسون بها أثناء وجودهم . وبالتـــالي فإنه يصعب على الطفل التوحدي الارتباط بالآخرين نظراً لعدم قدرته على الربـــط بين الخبرات وتكاملها، ومن ثم لا نتوقع أن تنمو لديه تلك المشـــاعر العاطفيـــة اللازمة لذلك الارتباط . وقد وصف ريملاند (١٩٦٤) هذه الحالة بقوله " لا ارتباط بين مشاعر السرور ووجود الأم ؛ وبالتالي فلا توجد عاطفة نحو الأم " .

وقد امتدت وجهة النظر هذه حول الخلل المعرفي لدى الأطفال التوحديـــين لتشمل وصفا لكثير من الخصائص المتعلقة بهذا الاضطـــراب . وبالتـــالي يمكـــن تفسير خصائص مثل المصاداة في الكلام، وعكس الضمائر، ومحدودية المفـــردات في ضوء عدم قدرة الأطفال التوحديين على تكوين مفهوم "أنا" أو "أنت " ومن ثـــم لا يستطيع الكلام بصورة مناسبة. وهكذا فقد يختزن الطفل مثلاً الجملة التاليـــة : "هل تريد حليب ؟ " بصورة حرفية دون تحليل لجميع مكوناتها. ومن ثم نجده يرد ببساطة " هل تريد حليب؟" . وذلك للتعبير عن رغبته فـــي الحليـــب، دون إدراك للمكونات المختلفة والمتمايزة التي تتضمنها هذه الجملة . وبالمثل فـــإن إصـــرار

الطفل على بقاء البيئة ثابتة دون تغيير، وكذلك انغماسه في التكرار الآلي للأفعال كلها تنبع من حاجته إلى المحافظة على النظام في عالم مشوش أو عشوائي، وسريع التغير بصورة مربكة .

وقد استند ريملاند إلى افتراضه السابق الذي ينص على وجود ضعف في القدرة على الربط بين المثيرات الجديدة وما سبق اختزانه في الذاكرة بأسلوب يجعلها ذات معنى، ثم حاول دراسة التكوين العصبي اللازم لأداء تلك الوظائف بصورة عادية؛ وذلك للبحث عما قد يوجد من خلل في ذلك التكوين العصبي مما يؤدي إلى حدوث المشكلات التي نلاحظها لدى الأطفال التوحديين. كما ذهب ريملاند إلى أن نظام التنشيط الشبكي للمخ Reticular activating system يعتبر من المكونات الأخرى ذات العلاقة بهذا الاضطراب،، وهو عبارة عن نظام عصبي يعد بمثابة نظام التحكم الرئيسي (أو لوحة التحكم) الذي يضبط عملية الوعي بالمثيرات القادمة إلى المخ .

ورغم أن هناك باحثين آخرين (من مثل هوت وهوت Hutt & Hutt ، ١٩٧٠) اعتقدوا أن خلل نظام التنشيط الشبكي بالمخ يعد مسئولاً عن اضطراب التوحد؛ إلا أنه لا يعد المكون العصبي الوحيد في هذا الصدد. فقد رأى بعض الباحثين أن المشكلات الأساسية قد تكمن في الجوانب الدافعية؛ أو الانفعالية، أو الانتباه وليس الجانب المعرفي (فين ، وسكوف، وميرسكي، Fein, Skoff, & Mirsky ، ١٩٨١) . وفضلا عن الخلل التكويني، فقد اعتقد بعض الباحثين وجود خلل فسيولوجي يتضمن اضطراب في عملية الأيض أو البناء الحيوي Metabalism كمسبب عضوي أساسي لحدوث التوحد الطفولي. ولكن لسوء الحظ لا تتوافر أدلة قاطعة حتى الآن على وجود مسببات عضوية محددة لهذا الاضطراب .

النظريات التي تجمع بين الطبع والتطبع (أو العضوي والبيئي)

لقد حاول فريق من الباحثين التوفيق بين النتائج المتعارضة التي توصلت إليها الدراسات وتكاملها في صورة ملاحظات كلينيكية، وبالتالي فقد اتخذوا موقفا وسطاً يتضمن الجمع بين وجهتي النظر البيئية والعضوية معاً . وغالبا ما يفترض أصحاب هذه النظريات أن الاستعداد العضوي لدى الطفل يهيئ الظروف لتأثير عدم كفاءة الرعاية الوالدية ؛ مما يؤدي في النهاية إلى حدوث التوحد الطفولي. فالأطفال الذين لديهم استعداداً داخلياً للاضطراب لكنهم يعيشون في ظل رعاية والدية متميزة فقد لا تظهر عليهم أعراض ذلك الاضطراب بالفعل، أما أولئك الأطفال الذين يعانون من خلل عضوي بسيط ولكنهم لا يجدون الرعاية الوالدية المناسبة، أو يتعرضون لرعاية والدية مضطربة يصبحون أكثر عرضة لظهور مؤشرات وأعراض التوحد . وهكذا فإن أصحاب نظريات الطبع والتطبع يسلمون بوجود خلل عضوي لدى الطفل – كما افترض أصحاب النظريات العضوية – ولكن مع إضافة أساسية مؤداها أن العوامل العضوية تضع الاستعداد لدى الطفل أو تجعله مهيئا للتعرض للاضطراب فقط، ولكنه لا يحدث بالفعل إلا إذا تعرض هذا الطفل لخبرات بيئية سلبية أو صادمة، أو رعاية والدية مضطربة .

نتائج الأبحاث حول مسببات التوحد الطفولي

من الناحية المثالية يجب أن تدعم كل من النظرية ونتائج الأبحاث بعضها البعض، ولكن لسوء الحظ فإن الواقع يشير إلى غير ذلك؛ حيث أن نتائج الأبحاث غالباً لا تدعم تلك الصورة المثالية، كما أن الفروض النظرية غالباً تتخطى النتائج الفعلية للأبحاث .

وقد أعقب نشر تقرير كانر (١٩٤٣) لعينة دراسته التي شملت ١١ طفلاً من التوحديين ظهور كثيراً من الدراسات حول هذا الاضطراب المحير تدريجياً . وقد اهتم كثيراً من الباحثين بما ذكره كانر (١٩٤٩) عن أولياء أمور الأطفال التوحديين، ومن ثم تركزت أبحاثهم على الاضطرابات الوالدية أو عدم كفاءة الرعاية الوالدية كمسببات لهذا الاضطراب . ورغم ما ذهب إليه كانر من أن عدم ارتباط (أو انتماء) هؤلاء الأطفال بالآخرين يرجع إلى عدم القدرة الداخلية لديهم، إلا أنه ذكر أيضاً أن أولياء أمور هؤلاء الأطفال تميزوا بالبرود، والجفاء. والقسوة . ومن الغريب أن دراسة المسافة الانفعالية عن الآخرين لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين أوضحت أنهم حصلوا على تقديرات منخفضة في الاضطرابات النفسية، كما وصفوا بأنهم أذكياء ، فضلاً عن انخفاض معدل الانفصال والطلاق بين الوالدين في أسرهم. ومع ذلك فقد رجح البعض بأن افتقار هؤلاء الأطفال إلى العطف، والحنان ، والدفء ، والرعاية المناسبة من قبل الوالدين دفعتهم إلى محاولة البعد عنهم، وتجنب الشعور بالرفض الوالدي لهم، والتماس الراحة من خلال العزلة مع أنفسهم (كانر، ١٩٤٩، ص٤٢٤) .

وجدير بالذكر أنه بالرغم من أن كثيراً من المنظرين ركزوا على الوالدين باعتبارهم مسئولين عن مشكلة أطفالهم ؛ إلا أن الدراسات لم تسفر عن نتائج تدعم تلك المزاعم بصورة قاطعة. بل على العكس من ذلك فقد أوضحت بعض الدراسات – الدقيقة المضبوطة– أن أولياء أمور الأطفال التوحديين لم يكونوا أكثر بروداً، أو فتوراً، أو أقل استجابة لأطفالهم من أولياء أمور الأطفال العاديين (كوكس ، وروتر، ونيومان ، وبارتاك Cox , Rutter , Newman and Bartak ، ١٩٧٥)، فضلاً عن أنهم لا يتسمون بدرجة مرتفعة من حيث الاضطرابات النفسية بالنسبة إلى غيرهم من الأفراد (ماك أدو ، ودي مير Mc Adoo& Demyer، ١٩٧٨).

وقد أجرت ماريان دي مير وأخـرون (١٩٧٢) دراسـة تضمنـت إجـراء مقابلات شخصية مع مجموعة من أولياء أمـور الأطفـال التوحديين، وكذلـك مجموعة مماثلة تماماً من أولياء أمور الأطفال العاديين. وقد أوضحت نتائج هـذه الدراسة أن أولياء أمور الأطفال التوحديين لم يختلفوا عن غـيرهم مـن أوليـاء الأمور من حيث تقبل أطفالهم، والعطف عليهم، وتوفير الرعاية المناسـبة لـهم، وإشباع حاجاتهم المختلفة، وكذلك المداعبة والتواصل الجسدي معـهم. كمـا لـم تتضح أية أدلة على وجود فروق في الخصائص العقلية والمعرفية بيـن أوليـاء أمور الأطفال التوحديين وغيرهم من أولياء الأمور. وقد دعم ذلك نتائج دراسـة لينوكس وكالياس وروتر Lennux , Callias & Rutter (١٩٧٧) التي تضمنت مقارنة الخصائص العقلية والمعرفية لمجموعة تضم ٥٠ مـن أوليـاء أمـور الأطفـال التوحديين الذكور بتلك الخصائص لدى مجموعة مماثلة تماماً من أوليـاء أمـور الأطفال العاديين، ولم توضح هذه الدراسة وجود فروق دالة بين المجموعتين فـي الخصائص موضع الاهتمام. هذا بالإضافة إلى أن كثيراً مـن الدراسـات التـي تناولت الظروف الأسرية للأطفال التوحديين لم توضح وجود فروق بينـها وبيـن غيرها من الأسر سواء من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصـادي (شـوبلر، وأندروز، وستروب، Schopler , Andrews , & Strupp ، ١٩٧٩]، أو التفاعل اللفظـي بين الوالدين والطفل (فرانك ، والين ، وستين ، وميرز ، Frank ,Allen , Stein , & Meyers ، ١٩٧٦]، أو عمر الوالدين (شتينوسن ، وجوبل ، وبرينجلنجر وأولبـن ، Steinhouson , Gobel, Breinlinger, & wohlleben ، ١٩٨٤) .

وهكذا فإن وجهة النظر القائلة بأن أولياء أمور الأطفال التوحديين يعتـبروا من المسببات الأساسية لاضطرابهم قد تغيرت كثيراً عن ذلك الوصف الذي قدمـه كانر (١٩٤٣)، وبدلاً من ذلك فقد نادى كثيراً من البـاحثين بضـرورة التـأكيد

لأولياء أمور الأطفال التوحديين بأنهم ليسوا مسئولين تماماً عن رفض أطفالهم التفاعل مع البيئة من حولهم " (مورجان Morgan ، ١٩٨٤) .

ومع تراجع تأثير وجهات النظر التي كانت تحمل الوالدين مسئولية حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم، فقد بدأ ظهور كثيراً من الدراسات التي تناولت جوانب أخرى لهذا الاضطراب منذ عام ١٩٧٠ . ونظراً لتعدد هذه الدراسات وتشعب متغيراتها فإننا سوف نحاول استعراض عينة قليلة من أهم تلك الدراسة بما يساعدنا على زيادة فهمنا لهذا الاضطراب، وأنماط التفكير المعاصرة حوله.

لقد أوضحت الدراسات التي أجريت حول معدل انتشار هذا الاضطراب أنه منخفض بدرجة ملحوظة . فقد ذكر كانر أنه استطاع تشخيص ١٥٠ حالة من التوحد الطفولي فقط من بين عينة قوامها ٢٠ ألف طفل ممن درسهم على مدى ٣٠عاماً .

وقد أجرى دارولد أ. تريفرت Darold A. Treffert (١٩٧٠) – وكان يعمل حينئذ مديرا لمستشفى ولاية ويسكونسن الأمريكية – مسحاً شاملاً للخدمات العلاجية التي قدمت بوسكونسن خلال الفترة من ١٩٦٢ إلى ١٩٦٧ لتحديد معدل انتشار اضطراب التوحد . وقد استطاع تريفرت تحديد مجموعة تضم ٢٨٠فقط من الأطفال الذين يتصفون بالتوحد وفصام الطفولة من بين إجمالي الأطفال الذين تمت خدمتهم خلال تلك الفترة وبلغ عددهم ٨٩٩٧٥٠ طفلاً في الأعمار ما بين ٣–١١ سنة. وقام تريفرت بعد ذلك بفرز مجموعة الأطفال الذين تم انتقاؤهم بصورة مبدئية – ٢٨٠طفلاً – لتحديد من تنطبق عليه صفات التوحد الطفولي منهم، وتوصل إلى ٧٠ حالة فقط تعاني من هذا الاضطراب، أي بمعدل ٠,٧ حالة من بين كل عشرة آلاف طفل . كما أوضح تريفرت أن معدل انتشار هذا الاضطراب

بين الذكور يمثل ثلاثة أضعاف معدل انتشاره بين الإناث. وكان متوسط عمر الآباء ٣٣,٥ عاما عند ولادة أطفالهم التوحديين، بينما بلغ متوسط عمر الأمهات ٢٨,٦ عاماً، وهي تعد متوسطات أعمار مرتفعة بالنسبة لنظرائهم من أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من مشكلات نفسية غير التوحد . كما اتضح ارتفاع مستوى تعرض أولياء أمور الأطفال التوحديين للاضطرابات النفسية، وهذا يعارض وجهات النظر القديمة في هذا الصدد .

وقد أجرى كل من شتينوسن وجوبل وبرينلنجر وأولين (١٩٨٦)، دراسة لتحديد نسبة انتشار التوحد الطفولي في برلين بألمانيا الغربية . وقد أسفرت هذه الدراسة عن تحديد ٥٢ طفلاً فقط من التوحديين طبقا لمحكات تشخيص التوحد الطفولي التي وضعها الباحث الإنجليزي ميكل روتر Michael Rutter (١٩٧٨) ، وتضم :

١- ظهور الأعراض خلال الثلاثين شهراً الأولى من عمر الطفل .

٢- ضعف النمو الاجتماعي .

٣- تأخر النمو اللغوي واضطرابه .

٤- الإصرار على ثبات البيئة أو تماثلها .

وقد شملت الدراسة عينة كلية قوامها ٢٧٩٦١٦ طفلاً ؛ اتضح أن ٥٢ منهم فقط تنطبق عليهم معايير التوحد الطفولي سالفة الذكر أي بنسبة ١,٨٦ حالة توحد طفولي من بين كل عشرة آلاف طفل . وهو معدل يفوق ضعف ذلك المعدل الذي توصل أليه تريفرت، بيد أنه يقترب كثيراً من المعدلات التي توصلت إليها دراسات أخرى أجريت في انجلترا والسويد (جليبرج ، وشومان Gillberg & Schaumann ، ١٩٨٢ ؛ وينج وياتس وبريرلي وجولد ، Wing , Yeates , Brierly , &

Gould ، ١٩٧٦) . كما اتفقت نتائج هذه الدراسات جميعا علـــى ارتفـــاع معـــدل انتشار التوحد بين الذكور عنه لدى الإناث، وكذلك لا توجد فروق دالة في الخلفية الأسرية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي بين أسر الأطفال التوحديين وغيرهـــا من الأسر .

وهكذا يمكن الخروج من هذه الدراسات ببعض النتـــائج العامـــة منـــها أن التوحد الطفولي يعد اضطرابا نادر الحدوث، كما لا توجد أدلة قاطعة على وجـــود فروق دالة بين أولياء أمور الأطفال التوحديين وغيرهم من أولياء أمور الأطفـــال العاديين سوى احتمال ارتفاع متوسطات أعمارهم بمقدار خمس أو ست ســـنوات تقريباً (لينكس Links ، ١٩٨٠) . وحتى هذا الاختلاف في العمر الزمنـــي يعـــد موضع تساؤل وشك (شتينوُسن وآخرون , Stinehausen , etal ، ١٩٨٤) .

ولعل هذه النتائج لم تسفر عن تحديد عوامـــل أســـرية أو بيئيـــة محـــددة كمسببات للتوحد الطفولي، الأمر الذي تطلب إجراء مزيد مـــن الدراســـات حـــول الأسباب الأخرى المحتملة لهذا الاضطراب، وقد أخفقت كثيراً من الدراسات التـــي تناولت العوامل الوراثية كمسببات للتوحد الطفولي في توفير أدلة قوية في هـــذا الصدد، وذلك رغم ارتفاع معدل حدوث هذا الاضطراب بين أزواج التوائم المتماثلة عنه في حالة التوائم المتشابهة أو المتآخية (فولشتين وروتر Folstein & Rotter ، ١٩٧٧ ؛ رتيفو ، وفريمان ، وماسون بروترز ومو وريتفـــو ، Ritvo, Freeman , Mason Brothers , Mo, & Ritvo ، ١٩٨٥) . ومع ذلك فحتى هذا الدليل لا يعكـــس التأثير الوراثي بصورة كبيرة كما هو الحال بالنسبة لمشكلات البيئة الأسرية، ذلك لأن التوائم المتماثلة لا تتعرض لظروف بيئية متماثلـــة داخـــل أرحـــام الأمـــهات المختلفة ..

كما ركزت بعض الدراسات على الخلل العصبي العضوي كأحد المسببات المحتملة للتوحد الطفولي. وقد امتدت هذه الدراسات من فحص نظام التنشيط الشبكي للمخ الذي اقترحه ريملاند، إلى فحص بعض مكونات المخ الأخرى مثل الجهاز الطرفي، وقاع الدماغ، والفصوص الصدغية .

وقد تضمنت إحدى الدراسات تقارير عن حالات لأطفال ممن كانوا يعانون من الاضطرابات الذهانية أو التوحد، وبتشريح جثثهم عقب الوفاة (داربي Darby، ١٩٧٦) . اتضح أن ٢٧ حالة من أصل ٣٣ طفلاً لديهم خلل عصبي يمكن تحديده، إلا أن طبيعة ذلك الخلل تختلف من طفل إلى آخر . فقد اتضح وجود تغيرات تكوينية لدى بعض الأطفال، بينما لم توجد أي أدلة على ضمور الخلايا أو تحللها لدى معظم الحالات التي تم تشريحها .

ويعد قياس النشاط الكهربائي للمخ أحد الأساليب الأخرى لتحديد ما قد يوجد لدى الطفل من خلل عصبي، وبصورة عامة تتضمن هذه الدراسات أخذ صور التخطيط الكهربائي للمخ Electroencophalogran (EEG) للأطفال الذين تم تشخيصهم على أنهم توحديين، ومقارنتها بتلك الصور الخاصة بغيرهم من الأطفال، وفي إحدى الدراسات تم مقارنة صور التخطيط الكهربائي للمخ ((EEG) لدى مجموعة من الأطفال التوحديين بتلك الصور الخاصة بمجموعات من الأطفال المعوقين عقلياً الذين لا يعانون من اضطرابات ذهانية، والأطفال المضطربين نفسياً ومنومين بالمستشفى، والأطفال العاديين (سمال Small ، ١٩٧٥) . وقد أوضحت هذه الدراسة أن ٦٤% من الأطفال التوحديين لديهم انحرافات في صور التخطيط الكهربائي ((EEG)، بينما كانت نسبة هذه الانحرافات ٥٤% بين المضطربين نفسياً والمنومين بالمستشفى، وبلغت ٤٠% بالنسبة للأطفال المعوقين عقلياً ، وانخفضت إلى أقل من ٦% بالنسبة للأطفال العاديين , ولسوء الحظ لم تسفر

الدراسات الأخرى المماثلة عن نتائج متسقة في هذا الصدد، بل أتت متناقضة في معظم الأحيان . وقد راجع كل من أنجيلا جمس وروبرت باري Angela James & Robert Barry (١٩٨٠) – الباحثان الأستراليان– مجموعة من تقارير الدراسات حول التخطيط الكهربائي للمخ لدى الأطفال التوحديين، واتضح لهما أن نسب وجود الانحرافات في صور التخطيط التي تضمنتها الدراسات المختلفة تراوحت ما بين ١٣% إلى ٨٥% . وقد رأى الباحث أن هذه الاختلافات يمكن أن ترجع إلى عدة عوامل منها؛ الخطأ في التشخيص، والأجهزة المستخدمة في قياس النشاط الكهربائي للمخ، والصعوبات التي عادة ما يواجهها المتخصصون في فحص الأطفال الصغار الذين يتميزون بتشتت الانتباه، وعدم التعاون، وكثرة الحركة .

وتناول بعض الباحثين دراسة عملية البناء الحيوي Metabolism بالمخ كمدخل آخر لما قد يوجد من اختلاف في تكامل الأداء العصبي لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد الطفولي (رومزي وأخرون Rumsey, et al، ١٩٨٥). وقد استخدم بعض الباحثين فنية الرسم السطحي والمقطعي للمخ بجهاز انبعاث البوزترون (وهو عبارة عن جسيم موجب يماثل الالكترون من حيث الوزن تقريباً) Positron Emission Tomography (PET)، وذلك لقياس عملية البناء الحيوي بالمخ لدى عينة من الرجال الذين يعانون من التوحد. ويتضمن هذا الأسلوب (PET) فحص الأداء الفعلي للمخ في مختلف مناطق المخ.وذلك من خلال قياس كمية المادة المشعة أثناء تفاعلها وتغيرها لإتمام عملية البناء الحيوي بالمخ. وقد تم استخدام عينة من الكبار في هذه الدراسة بدلاً من الأطفال نظراً لخطورة تعريض الأطفال الصغار للنشاط الإشعاعي. وقد تم دراسة مجموعة تضم عشرة رجال ممن ينطبق عليهم تعريف دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها لاضطراب

التوحد. وتم مقارنة صور الأشعة الخاصة بأفراد هذه المجموعة، بتلك الصور الخاصة بمجموعة مماثلة تماماً من الرجال العاديين الأصحاء. ولم يسفر ذلك عن وجود أي نقص في عملية البناء الحيوي بالمخ لدى الرجال التوحديين؛ ورغم وجود ارتفاع في معدل عملية البناء الحيوي بالمخ لدى أفراد مجموعة الرجال التوحديين، إلا أنها تداخلت كثيراً مع المعدلات الخاصة بأقرانهم العاديين مما يدل على عدم وجود فروق ذات معنى بين المجموعتين . وفي النهاية فقد اتضح وجود معدل نشاط حيوي مرتفع جداً في بعض مناطق المخ عنه في المناطق الأخرى وعن معدله بالنسبة للمخ ككل، كما يوجد عدم تناسق في معدل النشاط في أكثر من منطقة بالمخ بالنسبة لمجموعة الرجال التوحديين، وهكذا يمكن الخروج من هذه المناقشة بنفس النتيجة العامة التي خرجنا بها من استخدام إسلوب الرسم الكهربائي (EEG)، والتي تتضمن وجود بعض الفروق في أداء المخ ونشاطه بين التوحديين والعاديين، ولكن دون وجود أدلة قوية تساعد على الخروج باستنتاج قاطع في هذا الصدد.

وقد حاول فريق آخر من الباحثين تحديد ما قد يوجد من خلل عصبي لدى الطفل من خلال البحث عن أية أدلة لما تعرض له من إصابات قبل الولادة أو أثناءها، أو بعدها مباشرة وذلك عن طريق مراجعة التقارير الطبية عن هذه الحالات. وقد قام الباحثون بمعهد الطب النفسي العصبي (UCLA) بفحص التقارير الخاصة بعينة قوامها ١٨١ فرداً ممن تم تسجيلهم لإجراء فحوص وراثية خاصة باضطراب التوحد (ماسون بروذرز وأخرون Mason-Broth، ١٩٨٧). وقد حاول هؤلاء الباحثون الكشف عن مدى وجود ٤٣ من العوامل المعقدة المختلفة الخاصة بظروف الحمل والوالدة لدى أمهات الأطفال التوحديين . وتشمل هذه العوامل على سبيل المثال وجود نزيف أثناء الحمل، والإنذار بالإجهاض، وتسمم الحمل،

والإصابة بالحصبة الألمانية، والولادة المتعسرة، وعدم اكتمال مدة الحمل (عدم اكتمال النضج داخل الرحم)، والحاجة إلى تزويد الطفل بالأكسوجين عقب الولادة. ولم تسفر هذه الفحوص عن وجود عوامل محددة قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها ترتبط بتشخيص حالات التوحد لدى الأطفال فيما بعد، وذلك رغم أن الأمهات ممن لديهن طفلاً واحداً يعاني من التوحد الطفولي قد تعرضن بمعدل أكبر لأحداث مثل النزيف الشديد، وتناول الأدوية أثناء الحمل وذلك مقارنة بأمهات الأطفال غير التوحديين .

وهكذا فقد استعرضنا عينة من أشمل وأدق الدراسات التي تمثل التوجهات المختلفة للأبحاث المعاصرة حول الأسباب العضوية لاضطراب التوحد الطفولي. وقد اتضح في معظم الحالات وجود فروق بين الأفراد التوحديين وغيرهم من المجموعات الضابطة في متغيرات مثل التخطيط الكهربائي للمخ (EEG) . وعملية البناء الحيوي بالمخ، ووظائف جذع المخ (أورنيتز، وآتويل، وكابلان، ووستلاك Ornitz, Atwell, Kaplan, & Westlake، ١٩٧٨) . والنشاط الكيميائي الحيوي للمخ (يونج، وكوهين، وبروث وكابارولو Yaung , Cohen , Browth , and Caparula، ١٩٧٨) .

ومع ذلك تبقى الحقيقة كما هي؛ حيث لا تتوافر بعد إمكانية فهم الميكانيزمات العضوية التي يمكن أن تؤدي إلى نشأة التوحد الطفولي، ولا شك فإن التطور العلمي والتقني سوف يساعد الباحثين على إجراء دراسات وفحوص أكثر دقة وتعقيداً، بصورة تمكنهم من كشف النقاب عن مزيد من المعلومات حول هذه العوامل في المستقبل إنشاء الله.

ورغم ذلك فإن المعلومات المتوافرة لدينا حتى الآن تجعلنا على درجة عالية من اليقين بأن الأطفال التوحديين يختلفون عن غيرهم من الأطفال في كثيراً من الخصائص اللغوية والعقلية، والادراكية، والتعليمية. فالأطفال التوحديين يفتقدون القدرة على ممارسة الكلام أو عدم نمو الكلام لديهم (كوريتا Kurita ، ١٩٨٥)؛ وتبدو عليهم إمارات الضعف العقلي الشديد (دي مير، هنجتجن ، وجاكسون، ١٩٨١)؛ وهم يميلون إلى العزلة الشديدة، والانغلاق على أنفسهم من خلال ضعف القدرة على الارتباط بالآخرين أو التواصل معهم (فين، بنينجتون، ماركويترز ، برفارمان، ووترهاوس Fein, Pennington, Morkgwitz, Braverman & Waterhouse ، ١٩٨٦).

ومن المؤسف أن العائد الذي نتوقعه من الأطفال التوحديين يعد قليلاً حداً (دي مير وأخرون ، ١٩٨٣ ؛ هينجتجن وجاكسون ، ١٩٨١) . وفي أفضل الأحوال فإننا نتوقع أن يصل من ١-٢% من هؤلاء الأطفال إلى مستوى أداء عادي، بينما يمكن أن يصل ٥-١٩% إلى مستوى أداء هامشي؛ أي على الحد الفاصل بين الأداء العادي وغير العادي (دي مير، وهينجتجن ، وجاكسون، ١٩٨١) . ورغم أنه يحدث بعض التحسن في الأعراض لدى الكبار ممن لديهم بقايا التوحد، إلا أن معظمهم يستمر في المعاناة من المشكلات الاجتماعية الشديدة، كما يستمر كثيراً منهم في ممارسة السلوكيات والحركات النمطية الخاصة بالأطفال التوحديين (رومسي، وأندرسون، رابوبورت Rumsey , Andreasen, & Rapoport ، ١٩٨٦) . وفي إحدى الدراسات التتبعية المتميزة ، قام الباحثون بمعهد الصحة النفسية بفحص عينة تضم ١٤ شاباً في الأعمار بين ١٨-٣٩ عاماً ممن أظهر تاريخهم النمائي معاناتهم من التوحد الطفولي (رومسي ، درابوبورت وسكيري Rumsey, Rapoport & Sceery ، ١٩٨٥) . وقد تمت مقابلة

أفراد العينة وكذلك أفراد أسرهم، كما تمت ملاحظة هؤلاء التوحديين من الكبار معظم الوقت، وتم جمع بيانات كثيرة عنهم وعن أسرهم من خلال استبانات ومقاييس دقيقة للتقدير، فضلاً عن تطبيق بعض الاختبارات النفسية على أفراد العينة . وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة الشاملة أن أفراد عينة الدراسة من الكبار التوحديين ما زالت لديهم كثيراً من الخصائص السلوكية والاجتماعية التي تجعلهم مختلفين عن الآخرين، وهم ما زالوا يمارسون السلوكيات النمطية غير المرغوبة؛ مثل تكرار حركة اليد بصورة دائرية لا تنتهي، والميل إلى الثبات خاصة في البيئة، والتعلق بالأشياء، فضلاً عن محاولة خلع بعض الملابس أو كلها من وقت لآخر. كما أنهم يتعرضون أحياناً لتغير المزاج المصحوب بالميول العدوانية والتدميرية . ورغم تقدمهم في السن فلم تبدو عليهم أعراض الفصام، وبدلاً من ذلك فقد استمروا في ممارسة السلوكيات والخصائص المختلفة المميزة للأطفال والمراهقين التوحديين . ورغم أن معظم أفراد العينة قد نمت لديهم القدرة على ممارسة الكلام؛ إلا أنهم ما زالوا يعانون اضطرابات النطق، والضعف اللغوي التي قد تبلغ من الشدة في بعض الحالات درجة تماثل كلام الأطفال التوحديين. وفي جميع الأحوال فقد كان مستوى الأداء التكيفي لديهم أدنى من العادي أو على حدود العادي وغير العادي (هامشي) . وقد التحق قليلجداً منهم بعمل يحتاج المناقشة أو بذل الجهد، بينما استطاع فرد واحد منهم فقط تكوين صداقات خارج الأسرة. ولم يتزوج أي من أفراد العينة كما لم تبدو لديهم النية أو الرغبة في الزواج . وقد أبدى أولياء أمور هؤلاء الأفراد التوحديين التزاما قويا برعايتهم، كما اتضح أنهم يتسمون بالدفئ العاطفي، وهم يكرسون وقتهم لخدمة أبنائهم مع الرضى بقدرهم، وهم لا يتوانون عن بذل أي جهد لمساعدة هؤلاء الأبناء .

التوحد وما يرتبط به من اضطرابات في الطبعة الرابعة من دليل الاضطرابات النفسية وإحصائها (DSM IV) [٢]

لقد ظهرت الطبعة الرابعة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها، (DSM-IV) في صيف ١٩٩٤، وبها بعض التعديلات التي أثرت في عملية تشخيص اضطراب التوحد وما يرتبط به من اضطرابات أخرى، وفيما يلي عرضاً لأهم تلك التعديلات وتأثيراتها على تشخيص التوحد :

أولاً : يندرج التوحد ضمن صنف الاضطرابات النمائية العامة، الذي يوضع حالياً في مكان مختلف عن مكانه السابق في الطبعة الثالثة (DSM-III). فقد كانت الاضطرابات النمائية العامة توضع ضمن المحور الثاني (AXIS-II) ، الذي يضم الاضطرابات طويلة المدى أو الدائمة نسبيا نظراً لصعوبة علاجها أو حتى تحسنها، وقد تم وضع هذه الاضطرابات حالياً ضمن المحور الأول (AXIS-I) ، الذي يضم الاضطرابات العرضية والعابرة أو المؤقتة، ومن التطبيقات المحتملة لهذا التغيير أن أعراض هذه الاضطرابات يمكن أن تختلف، كما يمكن أن تتحسن من خلال التدخلات العلاجية؛ بينما تبقى ضمن المحور الثاني (AXIS-II) التخلف العقلي، واضطرابات الشخصية، وهي اضطرابات طويلة المدى ولا تستجيب للعلاج.

ثانياً : بالإضافة إلى تغيير المحور التي تندرج ضمنه هذه الاضطرابات فقد تغيرت أيضاً محكات تشخيص التوحد قليلاً .

[٢] اعتمد المترجمان في هذه الفقرة على المرجع التالي من شبكة المعلومات الدولية (الانترنت)
Edelson, Meredyth, G. Autism-Related Disorders in DSM-IV. Center For The Study of Autism, 1995

ثالثاً : تم إضافة الاضطرابات المرتبطة بالتوحد إلى الطبعـــة الرابعـــة مـــن الدليل، وهي تلك الاضطرابات التي ظهرت في نظام التصنيف الدولي للأمراض في المجتمعات الأوربية

European Community s International Classification of Diseases System (ICD)

ولكي يتم تشخيص التوحد فإننا نحتاج إلى أدلة على وجود مشـــكلات فـــي ثلاث مجالات كبيرة تشمل : التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوكيات النمطية. ومع ذلك فقد تم اختصار عدد الأعراض التي تقع ضمن تلك المجالات الثلاثة مـــن ١٦إلى ١٢ لمزيد من التجانس في ذلك الصنف التشخيصي. وهنا يتعين أن يعاني الفرد من ستة أعراض تنتشر في المجالات الثلاثة بحيث ينطوي إثنان منها -على الأقل - على اضطرابات في التفاعل الاجتماعي، وعرض واحد في كل مجال مـــن مجالات التواصل، والسلوك النمطي . وتشمل الأعراض التي تندرج ضمن مجـــال التفاعل الاجتماعي ما يلي : خلل واضح في استخدام السلوكيات غـــير اللفظيـــة المتعددة أو الكثيرة المعقدة Multiple؛ وعدم القدرة على تكوين علاقات مناسبة مع الأقران، والافتقار إلى التلقائية في مشاركة الآخرين اهتماماتهم وإنجازاتهم، وعدم القدرة على تبادل المشاعر والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين .

وتضم الأعراض المندرجة ضمن مجال التواصل ما يلي : تأخر نمو اللغـــة الشفهية (المنطوقة) أو ضحالته (مع عدم تعويض ذلك النقـــص بـــأي أســـاليب تواصل أخرى). وبالنسبة لمن يستطيعون الكـــلام فإننـــا نجدهـــم يعـــانون مـــن اضطرابات واضحة في مهارات المحادثة (التخاطب)، واستخدام اللغـــة بصـــورة نمطية وتكرارية، والافتقار إلى التلقائية فـــي محاكـــاة المعتقـــدات (تعلـــم القيـــم والمعتقدات) أو اللعب الاجتماعي .

وتشمل الأعراض التي تندرج ضمن مجال السلوكيات النمطية: الاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار) والتقيد الجامد بالعادات أو الطقوس غير العملية / المهمة ، واللازمات الحركية النمطية والمتكررة؛ والانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالشيء كله .

وبالإضافة إلى تلك الأعراض الستة يجب أن يعاني الفرد أيضاً من تأخر في التفاعل الاجتماعي، أو التواصل الاجتماعي أو التعامل بالرموز، أو اللعب التخيلي، فضلاً عن ضرورة حدوث هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل الثالثة من العمر .

وقد أضيف اضطراب جديد إلى الدليل يطلق عليه " اضطراب ريت" Rett ولكي يتم تشخيص هذا الاضطراب يلزم توافر ما يلي لدى الطفل : نمو عادي قبل الولادة وبعدها، ونمو نفسي وحركي عادي خلال الخمسة أشهر الأولى من العمر، وحجم عادي للرأس عند الولادة ؛ لكن لا بد من ظهور الأعراض التالية عقب فترة النمو العادية : انخفاض معدل نمو الرأس خلال الفترة من ٥-٤٨شهراً، ففقد المهارات اليدوية الإرادية التي سبق اكتسابها خلال الفترة من ٥-٣٠شهراً ، ويصاحب ذلك حركة نمطية لليد (مثل : تكرار هز اليد بقوة)؛ الافتقار إلى مهارات التواصل الاجتماعي، وعدم التناسق أثناء المشي، والاضطراب الشديد في نمو اللغة سواء الاستقبالية أو التعبيرية، وتخلف شديد في النمو النفسي-الحركي. ورغم وجود تشابه كبير بين أعراض كل من اضطرابات "ريت" واضطرابات التوحد Autism إلا أن إمكانية علاج اضطراب "ريت" تعد ضئيلة، كما أن أعراض التوحد ليس بالضرورة أن تحدث عقب فترة نمو عادية .

ويعد اضطراب "التفسخ الطفولي" Childhood Disintegration من الاضطرابات الأخرى التي أضيفت إلى الدليل في طبعته الرابعة (DSM-IV) . وهو يشبه التوحد

لكن لا بد من أن يمر الطفل بفترة نمو عادية واضحة خلال العامين الأولين من العمر (فيما يتعلق بالتواصل، والعلاقات الاجتماعية، واللعب ، والسلوك التكيفي). ويشمل هذا الاضطراب ما يطلق عليه بعض المتخصصين " التوحد الارتدادي أو المتأخر" Regressive Autism ؛ حيث تظهر أعراض التوحد على الطفل في فترة متأخرة كثيراً مقارنة بما يحدث في حالة اضطراب التوحد العادي .

ولكي يتم تشخيص اضطراب " التفسخ الطفولي" يتعين توافر ما يلي : فقد المهارات التي سبق اكتسابها (قبل سن العاشرة) في مجالين على الأقل من مجالات ، اللغة الاستقبالية أو التعبيرية، المهارات الاجتماعية أو مهارات السلوك التكيفي، ضبط عملية الاخراج، أو اللعب، أو المهارات الحركية . فضلاً عن أنه يتعين تعرض الطفل لاضطرابات الأداء الوظيفي في مجالين على الأقل من المجالات التالية، خلل كيفي في التفاعل الاجتماعي، وخلل كيفي في التواصل، ممارسة السلوكيات النمطية والتكرارية والمحدودة؛ وبالتالي فهو يتفق مع اضطراب التوحد في المحك الأخير .

أما الاضطراب الأخير الجديد المرتبط بالتوحد وتم إضافته تحت صنف الاضطرابات النمائية العامة فيطلق عليه " اضطراب أسبرجر Disorder. ولكي يتم تشخيص هذا الاضطراب لا بد من وجود قصور كيفي في التفاعل الاجتماعي يتمثل في مظهرين على الأقل مما يلي : ضعف ملحوظ في السلوكيات غير اللفظية التبادلية (مثل التواصل البصري، والايماءات، وتعبيرات الوجه .. الخ)؛ والاخفاق في تكوين صداقات مثمرة مع الأقران ؛ فقد القدرة التلقائية على مشاركة الآخرين اهتماماتهم، أو إنجاز أعمال مشتركة معهم؛ ممارسة السلوكيات والرغبات والأنشطة النمطية التكرارية كما تظهر في واحدة على الأقل مما يلي : الانشغال بنوع معين من الاهتمامات أو المطالب وتكراره

بصورة نمطية إلى مدى غير عادي؛ اللازمات الحركية النمطية المحدودة؛ والانشغال ببعض أجزاء الأشياء. كما يتعين أن يوجد أيضاً ضعف في الأداء الوظيفي في المجال الاجتماعي أو المهني أو غيرها من المجالات؛ مع عدم وجود تأخر واضح في النمو اللغوي، أو النمو العقلي المعرفي، أو السلوك التكيفي ، أو حب الاستطلاع .

ويتم تشخيص اضطراب آسبرجر بنفس الطريقة التي كانت تستخدم في تشخيص الأفراد الذين كان يطلق عليهم فيما سبق من يعانون من " التوحد الوظيفي المرتفع " High Functionning Autism وهو تشخيص مستحب لأولئك الأفراد الذين يعانون من معظم أعراض التوحد دون اضطرابات اللغة أو الكلام .

وبصورة عامة يبدو أن التشدد في وضع المحكات اللازمة لتشخيص التوحد، وكذلك إضافة اضطرابات "رت " ، والتحلل أو التفسخ الطفولي، واضطراب آسبرجر إلى الطبعة الرابعة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية واحصائها. كل ذلك لإقرار حقيقة مهمة جداً مؤداها أن التوحد عبارة عن اضطراب يتضمن كثيراً من الأعراض المختلفة المحتملة . ولذلك فقد كان الأفراد الذين يتم تشخيصهم في الماضي على أنهم يعانون من التوحد يمثلون مجموعة غير متماثلة . ولعل ذلك يفسر وجود صعوبة بالغة في إجراء دراسات دقيقة لتحديد أسباب، وتطور ، وأساليب العلاج الناجعة لهذا الاضطراب (وهذا يدعم ما سبق أن ذكرناه عند مناقشة الموضوعات المختلفة الخاصة بالتوحد خلال الصفحات السابقة) .

ويبدو أن هذا الطرح لاضطراب التوحد وما يرتبط به من اضطرابات (بحيث أصبح هناك أربعة اضطرابات وليس اضطرابا واحداً) يجعلنا نطرح أيضاً السؤال

التالي الذي يعد تحدياً للمسئولين عن رعاية الأطفال وتعليمهم؛ كيف يمكن لرجال التربية أن يدركوا الحاجات الخاصة للأطفال في كل نوع من هذه الاضطرابات الأربعة وليس للتوحد فحسب؟ ، وذلك في الوقت الذي نجد فيه أن القانون الأمريكي ٩٤-١٤٢ ينص على تقديم الخدمات للأطفال التوحديين بينما لا يشمل بقية الأطفال ممن يعانون من الاضطرابات الثلاثة الجديدة. نأمل أن تحمل السنوات القادمة مزيداً من التقدم في هذا الصدد .

المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة

Childhood onset Pervasive Developmental Disorders

يعد المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة من أخطر الاضطرابات التي تؤثر على حياة الأطفال وأسرهم . وهذا الاضطراب مثله مثل التوحد يؤثر على جميع الجوانب سواء الخاصة بشخصية الطفل أو حياته الأسرية؛ فهو يؤثر على النمو العقلي، والانفعالي، والاجتماعي، والسلوكي للطفل، ولا يترك أي مجال للأداء دون تأثير سلبي. ويعد الأمل في تحسن هذا الاضطراب ضعيف جداً، فضلاً عن أن وصول الطفل إلى مستوى أداء عادي قد يبدو مستحيلاً. ويتضمن المربع رقم (٦-١) تلخيصا لأهم الفروق بين التوحد الطفولي والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة .

وبالمقارنة مع الأطفال والمراهقين المعوقين عقلياً أو المشاغبين الذين يمكنهم إحراز بعض التقدم في ضوء البرامج الخاصة المقدمة لهم، فإن هؤلاء الأفراد يعانون من اضطرابات حادة في النمو والأداء بدرجة تجعلهم بحاجة إلى الرعاية المستمرة في المعاهد الخاصة؛ لتوفير أكبر قدر ممكن من الحماية

والضبط لهم كي تتم المحافظة على أمنهم، ومن ثم يبدو من الصعب جدا عملى أي شيء لهم كي يصلوا إلى مستوى أداء شبه عادي .

مربع رقم (٦-١) أهم الفروق بين التوحد الطفولي والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة كما وردت في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية واحصائها DSM III

التوحد الطفولي	المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة
١- تظهر الأعراض قبل بلوغ الطفل ٣٠ شهراً من عمره	تظهر الأعراض ما بين ٣٠شهر إلى ١٢عاماً من عمر الطفل
٢- استجابات شاذة لمختلف المثيرات البيئية، والإصرار على ثبات البيئة أو تماثلها، والاهتمام غير العادي أو التعلق بالأشياء أو الأفراد الذين تتم معاملتهم مثل الأشياء تماماً .	- توافر ثلاث على الأقل من الاستجابات التالية: السوعة أو العجلة، القلق المأساوي في الاستجابة لأحداث الحياة اليومية، التعبيرات الانفعالية المحدودة أو غير المرغوبة، والغضب المفاجئ، ومقاومة التغيير، والحركات الجسدية الغريبة، والكلام غير العادي أو نغمة الصوت الشاذة، زيادة رد الفعل أو انخفاضه بصورة غير عادية للاستثارة الحسية، وسلوك إيذاء الذات، واستخدام اللغة بطريقة خاصة أو غير مألوفة .
٣- الضعف العام في النمو اللغوي والكلام بطريقة خاصة تتضمن عكس الضمائر . والمصاداه، واللغة المجازية .	
٤- عدم وجود أعراض الوهم، أو الهذاءات، أو تفكك الأفكار .	عدم وجود أعراض الوهم، أو الهذاءات أو تفكك الأفكار.

دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها (DSM III) والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة

طبقاً لهذا الدليل فإن الخصائص الأساسية للمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة تتضمن إعاقة عامة في العلاقات الاجتماعية، وتكرار ممارسة سلوكيات خاصة، وحدوث ذلك خلال الفترة من ثلاثين شهراً إلى إثنا عشر عاماً من عمر الطفل .

وجدير بالذكر أن هذا الاضطراب لم يكن معروفاً قبل صدور الطبعة الثالثة من تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها؛ حيث كان يشيع استخدام عدة مصطلحات مختلفة تضم نطاقاً واسعاً من الاضطرابات الشديدة للأطفال، ويعد مصطلح "فصام الطفولة" من أكثر تلك المصطلحات شيوعاً، وهو يعكس سيادة الاعتقاد بأن الاضطرابات الشديدة المبكرة في الأداء تتشابه من حيث المسببات، والخصائص، وكذلك الصور التي يتخذها اضطراب الفصام لدى الكبار. وفي الواقع فإنه ما زال بالإمكان استخدام مصطلح "الفصام الذي يحدث خلال الطفولة" للإشارة إلى الاضطرابات الشديدة للأطفال في حالة ما إذا كانت أعراضها تتفق مع المحكات المستخدمة في تشخيص الفصام لدى الكبار، مع الأخذ في الاعتبار أن الفصام الذي يحدث للأطفال عادة يتضمن الهذاءات، والوهم، وعدم ترابط أو تفكك الأفكار واللغة بصورة لا تماثل ما يحدث في حالة التوحد الطفولي أو المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة (الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA ، ١٩٨٠، ص٨٩) . فالهذاءات والوهم لا تحدث وفقاً للتعريف في حالة كل من التوحد الطفولي والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة .

وقد أدى ظهور مصطلح المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة في الدليل (DSM III) إلى تعريض المتخصصين والباحثين لقدر كبير من الجدل والحيرة. فقد تكون الفروق واضحة بين كل من التوحد الطفولي، والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية العامة الشاذة، وفصام الطفولة وذلك طبقاً لما هو مدون بالدليل (DSM-III) ، لكنها لا تعد واضحة وقد يصعب تحديدها عندما نواجه المشكلات الحقيقية للأطفال كما تحدث في الواقع.

ويبدو أن استخدام العمر الزمني كمحك للتشخيص التمييزي أو الفارقي يعد من المشكلات الأساسية، فطبقاً للتعريف لا بد أن يحدث التوحد الطفولي قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهرا من عمره، بينما يجب وأن يحدث المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة بعد وصول الطفل ثلاثين شهراً من عمره وقبل أن يبلغ الثانية عشر من العمر. أما الفصام فعادة يحدث خلال مرحلة المراهقة أو الشباب لكنه لا يوجد عمر زمني محدد لذلك. وبالتالي فقد رأى كثيراً من الباحثين أنه ليس من المنطق أن يتم التمييز أو التفريق في عملية تشخيص حالة فردين ممن يعانون من أعراض مرضية أو مشكلات متماثلة إلى حد كبير لمجرد فقط أن هذه المشكلة تحدث عند أحدهما في عمر ٢٩ شهراً بينما تحدث عند الآخر في عمر ٣١ شهراً؛ خاصة في ظل عدم توافر أدلة تجريبية –من خلال الدراسات– تدعم استخدام العمر الزمني كمحك لذلك التمييز (كانتور، وإيفانز، وبيارس، وبيزوت– بيارسي ، Contor, Evans, Pearce, & Pezzat Pearce، ١٩٨٢؛ فولكمار، وكوهين وبول، Volkmar, Cohen, & paul ، ١٩٨٦؛ فولكمار وستير، وكوهين Volkman, Stier, & Cohen ، ١٩٨٥).

وبالإضافة إلى ذلك فإنه لا توجد أية فروق واضحة بين الأطفال التوحديين وأولئك الذين يعانون من المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة. وقد أجرى كل من داهل وكوهين وبروفينس Dahl, Cohen, & Provence (١٩٨٦) والباحثون بمركز دراسة الطفل بجامعة يل الأمريكية دراسة شاملة لتحديد أهم الفروق بين المجموعات الفرعية التي تتضمنها الاضطرابات النمائية العامة. وقد قام هؤلاء الباحثون بعقد مقابلات شخصية مع أولياء الأمور، وتقييم حالات الأطفال في جلسات فردية، وتطبيق عدد كبير من مقاييس التقدير عليهم . كما قاموا بدراسة بعض المتغيرات مثل العمر الزمني، والخصائص الديمجرافية، والسلوكية والنفسية، والبيئية ، والقدرة العقلية، بالإضافة إلى خصائص الوالدين. كما قام الباحثون بتسجيل العمر الزمني الذي تم تشخيص حالة الطفل عنده بالفعل، وذلك العمر الذي كان يمكن إجراء عملية التشخيص فيه بدقة من قبل . وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن العمر الزمني – لظهور الأعراض أو الذي تم فيه التشخيص – لا يميز بين المجموعات الفرعية للاضطرابات النمائية العامة. وأنه يمكن التمييز بين كل من التوحد الطفولي والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة من جهة وغيرها من المشكلات من جهة أخرى وفقاً لخصائص العزوف عن التفاعل الاجتماعي، والحاجة إلى ثبات البيئة أو تماثلها، والأفكار الغريبة، والسلوكيات النمطية المتكررة. ومع ذلك فإنه يصعب التفريق بين التوحد الطفولي والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة أو تمييزهما عن بعضهما، سوى في مظهر واحد مؤداه أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات أكثر شدة في النمو .

وقد دفع ذلك بعض الباحثين إلى القول بأن مصطلح المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة عديم الفائدة من الناحية الكلينيكية (فاين وآخرون

Waterhouse, Fine, ١٩٨٦ ؛ ووترهوس ، وفاين ، ونــــاث وســـنيدر ، Fain, et al ١٩٨٦ ، Nath, & Snyder) . ورغم ذلك فإن التشابه الكبير بين التعريف الحـــالي للمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة والمناقشة التقليدية لفصام الطفولـــة تدعو إلى الاعتقاد بأن المصطلحين يستخدمان للإشارة إلى نفـــس الاضطـــراب . وفي الواقع فإذا أقدمنا (لغرض المناقشة الحالية) على استبعاد المحك الفارق الذي ينص على عدم وجود الهذاءات، والوهم ، وتفكك الأفكار أو عـــدم ترابطـــها؛ أو بمعنى آخر إذا نحينا هذا المحك جانباً وأخذنا هذه المظاهر في الاعتبار؛ ففي هـــذه الحالة سوف نجد تطابقاً تاماً بين كل من المظهـــر الطفولي للاضطرابات النمائيـــة العامة وفصام الطفـــولة . وهناك بعض المبـــررات الواقعيـــة لاستبعاد هذا المحك (الخاص بالهذاءات والوهم وعدم ترابط الأفكار)؛ حيث يصعب تقرير وجود هـــذه الأعراض أو عدم وجودها لدى أطفال يلتزمون الصمت ولا يقدمون على التواصـل مع الآخرين، فضلاً عن أن كلام الأفراد التوحديين إن وجد فإنه في أفضل أحوالـــه يوحي باحتمال وجود الهذاءات والوهم (فولكمار وكوهين، ١٩٨٥) .

ويتضمن الدليل (DSM III) أيضاً مصطلحاً تشخيصياً آخر يسمى " المظـــــهر الطفولي الشاذ للاضطرابات النمائية العامة " Atypical Childhood Onset Pervasive Developmental Disorder للإشارة إلى تلك الاضطرابات الشديدة التـــي لـــم تنـــدرج ضمن التوحد الطفولي أو المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة. ورغـم أن مصطلح المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية الشاذة قد يمثل تصنيفـــاً مناسـباً لمناقشة ما يسمى فصام الطفولة، إلا أنه لا يمثل إضافة ذات فائدة أو معنى، ومن ثم فسوف لن نستخدمه في مناقشتنا لهذه الاضطرابات آخذين في الاعتبار أنه قـــد يمثل بعض النتائج التي أسفرت عنها دراسات فصام الطفولة .

وتتمثل أهم الأوصاف المبكرة لفصام الطفولة في تلك التي قدمتها جماعة من الباحثين تدعى "فريق العمل البريطاني" British Working Party بقيادة ميلدرد سراك Mildred Creak (سراك Creak ، ١٩٦١؛ بيجوت وجوتليب Piggott& Gottlieb ، ١٩٧٣). وقد رأى هذا الفريق من الباحثين أن فصام الطفولة يتميز بما يلي : (١) ضعف حادّ ومستمر في العلاقات العاطفية ، (٢) عدم إدراك الهوية الشخصية، (٣) التشبث أو الافتتان ببعض الأشياء رغم عدم استخدامها بصورة طبيعية، (٤) مقاومة التغيير، (٥) الخبرات الادراكية غير العادية، مثال ذلك الاستجابات القوية، أو الضعيفة ، أو غير المتوقعة للاستثارة الحسية، (٦) استجابات تعبر عن القلق الحاد دون مبرر، (٧) الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام أو فقد الكلام، (٨) أنماط حركية غير عادية، (٩) التخلف الشديد في مستوى الأداء العقلي المصحوب بفترات متقطعة من الأداء العادي أو القريب من العادي، أو المرتفع أحياناً .

وهناك أيضاً تقارير تشير إلى أنه مع تقدم الأطفال التوحديين ومن يعانون من المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة في السن؛ فإن الأعراض والمشكلات التي يعانون منها تصبح مماثلة لأعراض الفصام لدى الكبار، فقد درس مجموعة من الباحثين الكنديين على سبيل المثال خصائص النمو لمجموعة تضم ١٩ طفلاً و ١١مراهقاً ممن يتم تشخيصهم في وقت مبكر على أنهم يعانون من ذهان الطفولة Childhood Psychosis (كانتور، وإنفانز، وبراس، وبزوت، براس ، ١٩٨٢). وقد توصل هؤلاء الباحثين إلى وجود فروق دالة بين المؤشرات والأعراض التي تميز بين كل من الأطفال والمراهقين كمجموعات عمرية منفصلة فقد اتضح مثلاً أن قليلاً من المراهقين لديهم اضطرابات لغوية شديدة؛ رغم أن أكثر من نصفهم كان يعاني من هذه الاضطرابات خلال مرحلة الطفولة. كما اتضح

أن المراهقين يعانون من سلوك الهذاء والوهم (خلل الإدراك) بصورة تشبه إلى حد كبير تلك الموجودة لدى الكبار المصابين بالفصام .

لذلك فإننا فيما تبقى من مناقشتنا لهذه الاضطرابات سوف نعتبر أن المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة يعد من الناحية الوظيفية مماثلاً لفصام الطفولة ومن ثم فسوف نتعامل معه على هذا الأساس مؤقتاً آخذين في الاعتبار إمكانية تغيير هذا الموقف من خلال نتائج البحوث في المستقبل .

وفي هذا السياق فإننا نود توضيح وتأكيد أنه رغم استخدامنا لمصطلحي المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة وفصام الطفولة على أنهما متطابقان من الناحية الوظيفية؛ فإن هذا لا يعني أبداً أننا ندّعي أن المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة يعد بمثابة صورة مبكرة من فصام الشخصية كما يحدث لدى الكبار. وهناك عدة أسباب تدعو للتفريق أو التمييز بين نوعي الاضطرابات منها : (١) توجد فروق في أعراض كل من المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة وفصام الشخصية لدى الكبار، (٢) يتضمن فصام الشخصية لدى الكبار تدهورا في حالة الفرد بعد مروره بفترة كبيرة من النمو العادي، (٣) هناك أدلة قوية على وجود عوامل وراثية تكمن خلف فصام الشخصية لدى الكبار، بينما لا تتوافر حتى الآن أية أدلة على دور العوامل الوراثية في حدوث فصام الطفولة (أشنباك Achenbach ، ١٩٨٢) .

وكل ما نود توضيحه هنا أن الأوصاف المقدمة حالياً للمظهر الطفولي من الاضطرابات النمائية العامة تماثل إلى حد كبير أعراض فصام الطفولة وذلك في ضوء نتائج الدراسات المتاحة حاليا، مما يجعلنا نفضل أن نتعامل معهما باعتبارهما اضطراباً واحداً يتميز عن التوحد الطفولي وغيره من المشكلات الأخرى للأطفال .

مؤشرات وأعراض المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة

من أهم الأعراض التي تميز هذه الاضطرابات زيادة وشدة خلـــل العلاقـــات الإنسانية . فبعد أن يمر الأطفال بفترة من النمو العادي – طالت أم قصرت– قـــد يتعرضون لهذه الاضطرابات نتيجة لحادث يلحق بهم أذى أو ضرر، ومن ثم تبـــدأ المؤشرات المبكرة لعدم الارتباط بالآخرين (إيجرز Eggers ، ١٩٧٨). وقد يمتـــد هذا الخلل من العزلة، والانشغال بالذات – كما يحدث لدى الأطفال التوحديين – إلى درجة أقل شدة تتضمن صورة من التفاعلات الشاذة غير المنظمة . فقد يـدرك الطفل الذي يعاني من المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة وجود الآخرين ويستجيب لهم ولكن بصورة فجة، وغير عادية مثل التعلق بـــأحد الوالديـن، أو المسئولين عن رعايته بشدة وبصورة غير مرغوبة بحيث تصاحب مشاعر الفـزع والخوف الشديد من الانفصال، أو قد يتخذ موقفاً مغايراً تماماً حيث يبقى وحيـــداً منعزلاً عن الآخرين. وقد يبدي هؤلاء الأطفال عدم التعـــاطف مع الآخرين، حيـث لا يعيرون اهتماماً لمشاعرهم أو أحزانهم؛ كما قد تتسم تصرفاتهم بالتغير السـريع أو التذبذب فقد يتعلق بالآخرين في لحظة ما ثم ما يلبث أن ينسحب ويبتعد عنـــهم بسرعة، أو قد ينخرط في ممارسة السلوك العدواني الشديد. وغالبـــاً مـــا تكـون استجاباتهم الانفعالية للآخرين غير ثابتة وغير متوقعة، فانفعـــالات الغضـــب أو الضحك الشديد قد لا تتناسب مطلقاً مع مواقف الحياة .

وبالإضافة إلى ضعف عملية التفاعل مع الآخرين، فإن هؤلاء الأطفـــال قـــد يعانون أيضاً من مظاهر القلق الشديدة دون سبب واضح، أو خـــبرة مفاجئـــة أو هجوم غير متوقع عليهم. وقد يعاني الأطفال ذوي المظهر الطفولي للاضطرابـــات النمائية العامة أيضاً من الخوف المرضي (الفوبيا) من أشياء أو مواقف معينـــة. فقد تمثل أحداث الحياة العادية كارثة بالنسبة لهم؛ بحيث تستثير رد فعل قوي مـــن

الفزع أو الهياج أو الصراخ لديهم . وقد تتخذ ردود الفعل الانفعالية غير المناسبة صورة التغير المفاجئ للمزاج أو الحزن الشديد في أوقات أخرى، وقـد يتعـرض هؤلاء الأطفال لفترات من ردود الفعل التي تعبر عن الغضب الشديد المصحوبـة بالسلوك المدمر أو العدوان الجسدي المتضمن الضرب، والركل، والعض .

ويعد الإصرار على الثبات أو التماثل في البيئة – الذي يميز التوحد الطفولي أيضاً – أحد الخصائص التي تجعل هؤلاء الأطفال يمارسون طقوساً قهرية تتضمن المحافظة على الأشياء في نفس أماكنها طول الوقت، أو تكرار الأحداث والأفعـال بنفس النظام دون تغيير . وإذا ما حدث أي تغيير لهذه الطقوس فإن ذلك يعرضهم لنوبات من الغضب والحزن الشديد .

وتبدو على الأطفال ممن يعانون من المظهر الطفولي للاضطرابات النمائيـة العامة أعراض الاضطرابات الصوتية والحركية . وهي تماثل ما يحدث في حالـة التوحد؛ حيث الكلام المتميز بالمصاداة، والتعبيرات الخاصة غـير المفهومـة، أو تكرار الأصوات أو الضوضاء الغريبة عديمة المعنى. وفي الحالات النادرة التي قد يمارس فيها بعض هؤلاء الأطفال الكلام فإنه يتميز بالشذوذ والاضطرابات الكثيرة سواء في الصوت أو النطق أو المعنى. وقد يمارس هؤلاء الأطفال أيضاً اللازمات الحركية غير العادية مثل التلويح باليد عند الخوف أو الانزعاج، أو تكرار تحريـك الإصبع لمجرد الاستثارة الذاتية، أو المشية غير العادية فيما يشبه الطائر، مثـل النط، أو الحجل، أو الدوران. وقد تبدو تعبيرات الوجه أو هيئته لديهم غريبة في بعض الأحيان . كما اتضح أن بعض هؤلاء الأطفال يبدون زيادة أو نقصانـاً فـي الحساسية للاستثارة الحسية بصورة غير عادية .

وأخيراً فقد يلجأ هؤلاء الأطفال أحياناً إلى ممارسة سلوك إيذاء الذات، مثل صفع الرأس، أو ضربها بعنف في الأرض، أو الحائط، أو الأشياء، أو الناس، أو خربشة أجزاء الجسم، أو عضها . مما يؤدي في كثيراً من الحالات إلى حدوث جروح خطيرة ببعض أجزاء الجسم. وفي حالات أخرى قد تحدث قرحة أو علامة أو خشونة مزمنة لبعض أجزاء الجسم من أثر تلك الجروح .

وكما سبق أن ذكرنا فإن تعريف الدليل (DSM III) للمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة أشار إلى عدم وجود الهذاءات أو الوهم (خلل الإدراك) ضمن أعراض هذه الاضطرابات. ولكن يبدو أن هذا المحك عديم المعنى؛ حيث يوجد بعض الأطفال ممن تنطبق عليهم جميع محكات تشخيص المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة قد يعانون أيضاً من الهذاءات والوهم رغم أنه لا تنطبق عليهم محكات فصام الشخصية لدى الكبار (إيجرز Eggers ، ١٩٧٨).

مسببات المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة

لقد سبق أن ذكرنا أننا نعامل المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة كما لو كانت مطابقة لما عُرف سابقاً بفصام الطفولة، ذلك لأنه توجد كثيراً من نتائج الأبحاث والآراء التي تشير إلى أن التوحد الطفولي وفصام الطفولة عبارة عن اضطرابات مختلفة، كما تؤكد في نفس الوقت أن الفرق الوحيد بين التوحد الطفولي والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة يكمن في العمر الزمني لظهور الأعراض فقط . لذلك يبدو أنه يوجد حالياً مصطلحين تشخيصيين لنفس الاضطراب؛ حيث أن الحديث عن اضطراب آخر يعد غير منطقي لأنه يتناول شيئاً

غير موجود في الواقع. ورغم أن مثل هذا الاستخدام قد يكون له مبرراته النظرية والعملية؛ إلا أنه لا يتناسب مع الطريقة التي يناقش بها الدليل (DSM III) المصطلحات المختلفة. ومع ذلك فإن محاولة إجراء مزيد من التحسين أو التعديل للمفاهيم سوف تحدد مدى الفهم الصحيح لها في النهاية . وفي نفس الوقت فهناك كثيراً من الدراسات حوَل فصام الطفولة لا يمكن تجاهلها لمجرد تغيير المصطلحات (كانتور وأخرون ، ١٩٨٢) .

لقد ظهرت عدة نظريات مختلفة لبحث مسببات فصام الطفولة، مثلما حدث ذلك من قبل مع التوحد الطفولي . وقد اتخذت نفس التوجهات سالفة الذكر، البيئية، والعضوية، والبيئية – العضوية . ويبدو أنه قد تكررت أمور مماثلة لما سبق أن حدث مع التوحد الطفولي؛ حيث أخفقت كل من النظريات البيئية ، والبيئية- العضوية في الصمود أمام الاختبارات الدقيقة ونتائج الدراسات الميدانية. وبدون الخوض في كثيراً من التفصيلات فقد اتخذت النظريات البيئية عدة توجهات عامة في البحث عن مسببات فصام الطفولة. فقد ذهب بعض المنظرين إلى أن الرفض الوالدي المتطرف قد يدفع الطفل إلى الانسحاب من ذلك الواقع المؤلم إلى عالمه الخاص المليء بالتخيلات والوحدة البائسة . كما ذهب البعض الآخر إلى أن النزاع الزواجي بين الوالدين قد يصيب الطفل بالانزعاج والخوف من مغبة اللجوء إلى أحد الوالدين دون الآخر حتى لا يفقده أو ربما يفقدهما معاً. وقد رأى فريق ثالث أن التسامح الوالدي الشديد المصحوب بالسلبية والانسحاب قد يتفاقم ليؤثر على الطفل فيجعله يلجأ إلى الانسحاب من مسار نموه الطبيعي . وهناك فريق آخر من الباحثين اعتقدوا أنه توجد أنماط متعارضة ومربكة من أساليب التواصل التي قد يستخدمها الوالدان مع الطفل، تتضمن توجيه تعليمات أو إرشادات أو أوامر متعارضة في وقت واحد؛ مما يعرضه للارتباك

والحيرة الشديدة، والغضب، والخوف، والخجل بصورة تجعله يتردد بين الانسحاب أو الاستسلام للواقع النفسي المليء باليأس والمرارة .

ورغم ذلك فقد أخفقت الدراسات في الوصول إلى نتائج متسقة توضح وجود فروق دالة بين الخلفية الأسرية للأطفال الذين يعانون من الفصام وتلك الخاصة بأقرانهم العاديين (جاكوب Jacob ، ١٩٧٥)، كما أوضحت الدراسات الميدانية أن الخصائص التي تميز اسر الأطفال الذين يعانون من فصام الطفولة توجد أيضاً لدى أسر أقرانهم العاديين (فرانك Frank ، ١٩٦٥) . كما أنه لا تتوافر أدلة قاطعة توضح أن التغيرات التي يمكن ملاحظتها في سلوك الوالدين يمكن أن تسبب اضطراب سلوك الطفل أو حتى تؤثر فيه. لذلك لا توجد حالياً نتائج قوية تدعم توجهات النظريات البيئية في تحديد أسباب فصام الطفولة (هينجتجن وبريسون Hingtfen & Bryson ، ١٩٧٢) .

ورغم أن النظريات التي تجمع بين التوجهات البيئية والعضوية تتخذ موقفاً وسطاً، لذلك فقد تكون واعدة في تقديم مزيد من التفسير المقبول لفصام الطفولة، إلا أنها لا تعتبر أكثر صدقاً، وقبولاً من النظريات البيئية؛ دون توافر نتائج بحثية تتضمن أدلة قوية على أن ظروف الحياة التي يتعرض لها الأطفال الذين يعانون من فصام الطفولة تختلف بصورة دالة عن تلك الظروف المحيطة بأقرانهم العاديين أو غير الفصاميين .

ويبدو أن وجهة النظر المقبولة حالياً تتضمن أن الأطفال الذين يعانون من فصام الطفولة لديهم استعداد عضوي لهذا الاضطراب، إلا أن طبيعة هذا الاستعداد غير واضحة تماماً. فهناك نظرية عامة يذهب أصحابها إلى أن فصام الطفولة يرجع أساساً إلى خلل في النضج ناتج عن الاستعداد الوراثي أوعن إصابة

عضوية مبكرة ذات طبيعـــة غـــير محـــددة (بينـــدر Bender ، ١٩٤٧، ١٩٥٦، ١٩٧١). ويبدو أن هؤلاء الأطفال يعانون من نقص في النمو - خلال المرحلـــة الجنينية- في جميع جوانب الأداء الحركي، والادراكـــي، والعقلـــي، والانفعـــالي. وتؤدي هذه الاضطرابات بدورها إلى تدني القـــدرة علـــى الارتبـــاط بـــالآخرين، والشعور بالهوية، وصورة الجسد، وإدراك الوقت والفراغ، وكلها خصائص مميزة لفصام الطفولة . ومع ذلك فرغم أن وجهة النظر هذه تعد متسعة لتقديم نوع مـــن التفسير لحدوث الأعراض المميزة لفصام الطفولة، إلا أنها تعد غامضة بصـــورة تجعل من الصعب الاستفادة منها عملياً .

ومع ذلك فإن هناك ما يدعم وجهة النظـــر القائلـــة بـــأن الانحرافـــات أو الاضطرابات العضوية قد تلعب دوراً أساسياً في نشوء فصام الطفولة. وقد تكـــرر تحرير تقارير توضح أن الأفراد الذين يتعرضون لصعوبـــات أو مشـــكلات أثنـــاء فترات الحمل والولادة هم أكثر من يتم تشخيصهم بأنهم يعانون من الفصام أثنـاء مرحلة الطفولة (هينجتجن وبريسون، ١٩٧٢؛ وايت White ، ١٩٧٤). وتتضمـــن الصعوبات التي يتكرر تعرض الأمهات الحوامل لـــها تســـمم الحمـــل، والإصابـــة بالأمراض الشديدة، والنزيف، حيث أوضحت تقارير تاريخ الحالة ارتفـــاع معـــدل انتشار هذه المشكلات بين أمهات الأطفال الذين يعانون من فصام الطفولة بالنسبة لأمهات الأطفال العاديين (جيتلمان وبيرش Gittelman & Berch ، ١٩٦٧؛ بـــولاك وأورنر Pollack & Woerner ، ١٩٦٦) . هذا بالإضافة إلى أنه قد لوحـــظ ازديـــاد معدل تعرض الأطفال الذهانيين لمؤشرات الاضطرابات العصبية بالنسبة لغـــيرهم من الأطفال ؛ مما يشير إلى وجود خلل فـــي الجـــهاز العصبـــي لديـــهم (بـــولاك وأخرون، ١٩٧٠) .

وقد لاقت وجهة النظر القائلة بأن الخلل العضوي يعد من العوامل الأساسية المسببة لفصام الطفولة ما يدعمها من خلال الدراسات الكثيرة التي أوضحت وجود انحرافات في صور المخططات الكهربائية للمخ (EEG) لدى الأطفال الذهانيين بالنسبة لغيرهم من الأطفال (جيمس وباري James & Barry ، ١٩٨٠) . ورغم ذلك فما زلنا نؤكد أن طبيعة تلك المشكلات العضوية الكامنة خلف فصام الطفولة لم تتضح جلياً بعد .

وهناك وجهة نظر عضوية أخرى تذهب إلى احتمال حدوث فصام الطفولة نتيجة عوامل وراثية . وقد ظهرت هذه الفروض النظرية نتيجة تزايد الأدلة على التأثيرات الوراثية القوية في مختلف أشكال الفصام لدى الكبار. فقد أوضحت كثيراً من الدراسات ارتفاع معدل انتشار فصام الطفولة بين أبناء الفصاميين من الكبار، وارتفاع معدل حدوث أشكال الفصام لدى الكبار بين الكبار التوائم المتماثلة عنه في حالة التوائم المتآخية أو المتشابهة،، وكذلك بين التوائم الذين تربوا معاً في بيئة واحدة أكثر من أولئك الذين تربوا بمعزل عن بعضهم . وكلها تعد أدلة قوية على دور العوامل الوراثية في حدوث فصام الشخصية لدى الكبار (كيسلر Kessler، ١٩٨٠) .

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا هو : ماذا تقول نتائج الأبحاث حول تأثير العوامل الوراثية على اضطرابات ذهان الطفولة ؟ . في الواقع يعد هذا الأمر من العوامل الأساسية التي تميز بين فصام الكبار وفصام الطفولة . ورغم أن بعض أشكال الطفرات Mutations في المورث السائد أو تعدد الأصول قد تسبب فصام الطفولة، إلا أنه لا تتوافر أدلة بحثية تدعم التأثير القوي للعوامل الوراثية في نشأة فصام الطفولة (هانسون وجوتسمان Hanson & Gottesman، ١٩٧٦) .

وهكذا فإن المعلومات والأدلة المتوفرة حالياً تشير إلى أن وجهة النظر المقبولة حول مسببات فصام الطفولة تتضمن وجود خلل حاد بالجهاز العصبي يحدث غالباً نتيجة إصابة أثناء الحمل، أو الولادة أو عقب الولادة، مما يحدث استعداداً غير عادي لدى الفرد يجعله عرضة لحدوث الأعراض الفعلية للذهان نتيجة تأثير الضغوط البيئية الشديدة التي يتعرض لها خلال مرحلة الطفولة المبكرة . ورغم أن الآليات التي يحدث بها ذلك التأثير تعد غير واضحة، إلا أن ثمة نتائج بحثية قوية تشير إلى عدم تكامل وظائف الجهاز العصبي المركزي لدى هؤلاء الأطفال سواء كان ذلك راجعاً لأسباب تكوينية أو كيميائية عصبية (فريدلاندر ، بوثير ، وموريسون ، وهيرمان Friedlander, Pothier, Morrison, & Herman ، ١٩٨٢) .

وهناك اتجاه ظهر في الأبحاث الحديثة يتضمن دراسة احتمال وجود دور للأندروفينز Enderphins كمسبب لذهانات الطفولة. والاندروفينز عباة عن مركبات كيميائية تتدخل في استجابة المخ للألم الجسدي والضغط الانفعالي . ويبدو أن هذه المركبات تقوم بوظيفة تشبه إلى حد كبير وظيفة المخدرات الطبيعية؛ حيث تتحكم في مزاج الفرد وكذلك درجة إحساسه بالضغوط ، وقد أجرى كل من جليبرج، وترنيوس، ولونيرهولم Gellberg, Terenius, & Lonnerholm (١٩٨٥) دراسة تضمنت فحص عينات من مركبات الإندروفينز التي أخذت من سائل المخ والنخاع الشوكي وذلك لمجموعتين من الأطفال تضم الأولى أطفالاً توحديين وتضم الثانية أطفالاً ذهانيين غير توحديين، وتمت مقارنة نتائج فحوص العينات التي أخذت من هؤلاء الأطفال بتلك التي أخذت من مجموعة تضم أطفالأعاديين. وقد أوضحت تلك الفحوص أن مركب الإندروفين كان أكثر تركيزاً لدى الأطفال الذهانيين عنه بالنسبة لأقرانهم العاديين.ونظراً لأن نتائج هذه الدراسة تعد ميدانية لذلك فهي

تفتح الطريق لتوجهات المستقبل. ورغم ذلك فهي تشير إلى استمرار الباحثين في بذل كل ما في وسعهم من جهد مع الاستفادة قدر الإمكان من التطورات التقنية الحديثة في سبيل كشف النقاب عن كثيراً من الأمور التي لا تزال غامضة حول الاضطرابات الانفعالية الشديدة لدى الأطفال .

ومع ذلك فحتى الوقت الراهن فإن الأمل يعد محدوداً في شفاء الأطفال الذين يعانون من المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة، أو فصام الطفولة وهو لا يختلف كثيراً عنه بالنسبة للأطفال التوحديين- مع عدم توقع وصولهم إلى مستوى الأداء العادي أو حتى يقترب منه . ورغم ذلك فقد استمر كثيراً من معلمي التربية الخاصة، والاختصاصيين النفسي، والأطباء في بذل قصارى جهدهم لتحسين أساليب الحياة اليومية لهؤلاء الأطفال. ورغم إن عائد جهودهم قد يكون ضئيلا جداً ومحبطاً ، إلا أن أي تغير مهما كان قليلاً لحالة هؤلاء الأطفال يمكن أن يكون له تأثيرات إيجابية بالغة عليهم وعلى أسرهم .

أساليب التدخل مع الاضطرابات النمائية العامة

يبدو أن الأساليب الأساسية للتدخل مع التوحد الطفولي والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة تعد ذات طبيعة تربوية. ومع ذلك فهناك محاولات أخرى لعلاج هذه المشكلات باستخدام العقاقير الطبية أو العلاج النفسي. وقبل الخوض في تفصيلات المداخل التربوية، فإننا سوف نستعرض بإيجاز تأثيرات الأساليب الطبية النفسية والعلاج النفسي في مواجهة هذه الاضطرابات .

استخدام العقاقير الطبية في علاج الاضطرابات النمائية العامة

رغم أن معظم نتائج البحوث توضح أن الاضطرابات النمائية العامة ترجع أساساً إلى انحرافات أو خلل في الوظائف العضوية، إلا أن الأطباء لم يتوصلوا بعد إلى فهم دقيق لأسباب هذه الاضطرابات، أو إلى العلاج الطبي الناجح لها. ومع ذلك فهناك تقارير مبشرة حول نتائج بعض التجارب في هذا الصدد. فقد جرب المتخصصون والباحثون كثيراً من العقاقير الطبية بغية تحديد أفضلها تأثيراً في الحد من شدة الأعراض، وجعل الأطفال الذهانيين أكثر استجابة لما يحدث في البيئة من حولهم، وكذلك الاستفادة من البرامج التربوية التي تقدم لهم .

ورغم أنه قد يكون هناك اعتقاداً مبدئيا بإن دراسة تأثير الأدوية على سلوكيات الأطفال يعد أمراً بسيطاً ومبشراً ، إلا أن الدراسات التي أجريت في المجال الطبي مع الأطفال الذهانيين تعد في الواقع معقدة ومربكة، فقد ذكرت ماجدة كامبل Magda Campbell (١٩٧٥) كثيراً من المشكلات التي تواجهها الدراسات التي تستخدم الأدوية في علاج الأطفال الذهانيين. فقد يصعب على سبيل المثال تحديد التأثيرات النسبية التي تحدثها الأدوية على السلوك بصورة مقصودة، وتلك التأثيرات التي قد ترجع إلى التغيرات العرضية التي تحدث عادة في البيئة . كما أنه يتعين ضبط متغيرات كثيرة قبل البدء في العلاج الطبي؛ مثل العمر الزمني للطفل، وعملية التشخيص، ودرجة شدة الاضطراب، ومستوى الذكاء، والمستوى الاجتماعي.. وغيرها من المتغيرات لتحديد مدى تأثير عقار معين على حالة الطفل. كما يجب تحديد مقدار الجرعات العلاجية للأدوية بدقة، ومن ثم ضرورة وجود متابعة دقيقة للطفل للتأكد من الالتزام بالجرعة المحددة في كل مرة حتى نتلافى التأثيرات الجانبية . كما يجب توافر عدد كبير من الملاحظين المدربين كي

يمكنهم جمع بيانات منظمة تساعد على رسم خطوط قاعدية دقيقة لمتابعة تـأثير الجرعات المختلفة للدواء على السلوك . وأخيراً يجب أخذ كل تلك المتغيرات في الحسبان أثناء العلاج اليومي للطفل سواء في المنزل أو المعهد الذي يوجد به .

وحتى إذا أخذنا كل هذه المتغيرات في الحسبان فـهناك أيضـاً اعتبـارات أخلاقية يجب الالتزام بها؛ حيث يتعين التأكد من أن الدواء المستخدم في تجريـب العلاج لا توجد له تأثيرات خطيرة على صحة الطفل. وفي الواقع فإن الاعتبـارات الأخلاقية تعد من القضايا الأساسية في مجال تجارب العلاج الطبي لأنه لا يكفـي التأكد من عدم خطورة الدواء أو تأثيراته الجانبية أثناء التجربة فحسـب؛ وإنمـا يجب التأكد أيضاً من عدم وجود تأثيرات جانبيه طويلة المدى (قد تظهر بعد انتهاء التجربة بعدة أيام أو شهور وربما سنوات). لذلك يجب أن لا نندهش أنه بـالرغم من مرور أكثر من ربع قرن في دراسة تأثير العقاقير الطبية المضادة للذهانات إلا أن النتائج تعد أولية وغير واضحة تماماً .

هناك كثيراً من الأدوية مثل ترايفلوبرازين Trifluoperazine وهـالوبرايدول Haloperidol التي أثبتت فاعلية عالية في علاج الفصام لدى الكبار، ممـا شـجع الباحثين على استخدامها- على سبيل التجريب – في علاج الاضطرابات النمائيـة العامة مع الأطفال أملاً في أن تؤدي إلى خفض النشاط الزائد، والسلوك النمطـي، والانسحاب، والقلق لديهم (كلاجـورن Claghorn ، ١٩٧٢؛ فـارترا ، دوهـير ، ودولنج Faretra, Dooher, & Dowling، ١٩٧٩ ؛ روك Rock ، ١٩٧٤) . وقد اتضح أن عقار هالوبرايدول (هالدول Haldol) على وجه الخصوص له تأثير كبير فـي خفض السلوكيات غير المرغوبة، وتسهيل عملية التعلم لـدى هـؤلاء الأطفـال (كاميل وأخرون ، ١٩٨٢). ورغم أن استخدام عقار هالوبرايدول لم يسفر وحـده عن تحسن يفوق استخدام التعزيز في مساعدة الأطفال على محاكاة الكلام ، فقـد

اتضح أن المزاوجة بين العقار والتعزيز يعطي نتائج تفوق كثيراً استخدام أي منهما بمفرده (كامبل ، وآخرون ، ١٩٧٢). كما اتضح أيضاً أن عقار تراي فلوبرازين يساعد كثيراً في ضبط الأعراض الاجتماعية، والعاطفية، واللغوية (كامبل، وفيش، وشابيرو، وفلويد Campbell, Fish, Shapiro & Floyd ، ١٩٧٢) .

وقد حاول عدد من الباحثين تجريب عقار " حمض ليسرجيك دايثيلاميد" Lysergic acid Diethylamide مع الأطفال الذهانيين. فقد استخدمته لوريتا بيندر Lauretta Bender (١٩٦٦) مع ٥٠طفلا ممن يعانون من الاضطرابات النمائية العامة، تراوحت أعمارهم ما بين ٤-١٥سنة، وقد أسفر ذلك العقار عن تحسن في المزاج، ومزيد من الإيجابية في تعبيرات الوجه، وتزايد الفاعلية أو القابلية للاستجابة، مع مزيد من الاستجابات الادراكية المناسبة لدى هؤلاء الأطفال . كما أوضحت التقارير الخاصة ببعض الدراسات الأخرى التي استخدمت هذا العقار (LSD) في علاج ذهان الطفولة أن الأطفال الذين تناولوه أصبحوا أكثر تفاعلاً مع المعالجين النفسيين، كما أبدوا مزيداً من الاستجابة الانفعالية، وزيادة ممارسة سلوك لغوي يقترب من الكلام العادي، مع انخفاض معدل ممارسة السلوكيات النمطية (موجار ألدريك Mogar & Aldrich ، ١٩٦٩) .

وقد افترض بعض الباحثين وجود فروق فردية كبيرة بين الأفراد من حيث توافر المواد الغذائية المناسبة في أجسادهم ، وكذلك من حيث بنية الجسم، ومن ثم فقد يؤدي نقص بعض المواد بالجسم (خاصة أنواعاً معينة من الفيتامينات) إلى تعرضهم للإصابة بذهان الطفولة. لذلك فقد نجد طفلاً معيناً مثلاً يعاني من نقص فيتامين معين رغم أنه يتناول جميع وجبات الطعام بكميات عادية. وقد دفع هذا الاعتقاد بعض الباحثين إلى تجريب العلاج بتكثيف الفيتامين Mega VitaminTherapy؛ حيث تم استخدام كميات كبيرة من الجرعات لفيتامينات معينة في علاج ذهان الطفولة (أوسموند Osmond ، ١٩٧٣؛ بولينج Pauling ، ١٩٧٣).

وقد ذكر ريملاند Rimland (١٩٧٣) تقريرا يتضمن نتائج دراسة استخدمت هذا الأسلوب العلاجي لمدة ٢٤ أسبوعاً، وذلك على عينة قوامها ٣٠٠طفل من الذهانيين. وقد أعطى أولياء أمور هؤلاء الأطفال جدولاً زمنيا لتطبيق جرعات معينة من مجموعة فيتامينات ب١، ب٢، ب٦، حمض الفوليك Folic acid ، ونياسيناميد Niacinamide ، بالإضافة إلى فيتامين ج ، كما قام أولياء الأمور بكتابة تقاريرعن سلوكيات أطفالهم أثناء تطبيق ذلك الأسلوب العلاجي معهم. وقد ذكر ريملاند أن التحليلات الأولية لبيانات هذه الدراسة أوضحت تحسن حالة معظم الأطفال (٨٦% منهم) ممن خضعوا للدراسة. ومع ذلك فنظراً لما ينطوي عليه هذا الأسلوب من مشكلات منهجية فقد شكك كثيراً من الباحثين الآخرين في العائد من استخدامه .

وهكذا فقد أجريت العديد من الدراسات حول استخدام العقاقير الطبية في علاج التوحد الطفولي والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة، وقد أوضحت نتائجها فاعلية كثيراً من الأدوية في خفض أعراض معينة لذهان الطفولة؛ حيث أثرت هذه العقاقير على النشاط الزائد، والسلوك النمطي، وسلوك إيذاء الذات، والاندفاعية، والعدوانية؛ رغم أنها تصاحب غالباً بالتبلد الذهني (ميكلين Mikkelsen ، ١٩٨٢) . ولعل ذلك يمثل مشكلة كبيرة بالنسبة للأطفال نظراً للأهمية القصوى لعمليات التعلم في تحقيق النمو المناسب لهم. ورغم ذلك فقد تأتي عملية التعلم في مرتبة ثانية بالنسبة لهؤلاء الأطفال؛ حيث تحتل سلوكيات إيذاء الذات، والعدوان، وغيرها من السلوكيات الخطرة على حياتهم في مركز الصدارة لتحقيق الأمن لهم .

ويبدو أن هناك مشكلة أخرى لاستخدام العقاقير الطبية تتمثل فيما أوضحته الأبحاث الحديثة من وجود تأثيرات جانبية خطيرة لكثير منها، وذلك رغم ما قد

تحدثه من فاعلية في خفض الأعراض المرضية لبعض الاضطرابات .فقد اتضح أن العقاقير المنشطة نفسياً أو المنبهة Psychoactive مثلاً تؤدي إلى تعريض الطفل للتبلد الذهني بصورة تعوقه عن التعلم . كما أوضحت الدراسات أن استخدام الأدوية الخاصة بالأعصاب Neuroleptic Drugs تؤدي إلى حدوث تقهقر في الأداء حتى للمهام البسيطة جداً ، وخفض السرعة النفسية الحركية، وزيادة زمن الاستجابة (زمن رد الفعل)، وضعف الذاكرة (سبراجيو، ووري Sprague & Werry، ١٩٧٤).

ومن التأثيرات الجانبية للعقاقير المنشطة أو المنبهة نفسياً كذلك غشاوة البصر، وجفاف الفم، واحتجاز البول، والإمساك، والتهيج ، والاكتئاب، وزيادة الوزن (وينسبرج ويبيس Winsberg & Yepes ، ١٩٧٨). كما ظهرت حالات من إصابة الكبد، والأوعية الدموية بالقلب، لكن لا توجد أدلة قاطعة على حدوث هذه التأثيرات الجانبية حالياً .

وربما يعد بطء الضبط الحركي Tardive Dyskinesia (TD) من أخطر التأثيرات الجانبية لاستخدام العقاقير الطبية في علاج ذهان الطفولة. وبطء الضبط الحركي عبارة عن زملة أعراض مرضية تتضمن الحركات اللاارادية ، وقد لوحظ في بادئ الأمر بين الكبار ممن يستخدمون العقاقير الطبية المنشطة أو المنبهة لفترات زمنية طويلة. وعند التوقف عن تناول هذا الدواء فإن تأثيراته قد تنعكس في بعض الحالات، وفي حالات أخرى قد تنعكس حالة بطء الضبط الحركي، وقد يشير ذلك إلى حدوث تغيرات في المخ بعد فترات طويلة من العلاج الطبي (بيرجر وركروث Berger & Rexroth ، ١٩٨٠) . بيد أنه ليس من الواضح تماماً أن حدوث بطء الضبط الحركي لدى الأطفال الذهانيين يرتبط بطول فترة العلاج بالعقاقير الطبية . ورغم هذا فهناك بعض التقارير – سواء من المتخصصين أو الباحثين–

توضح حدوث هذه الحالة لدى الأطفال عقب التوقف عن تناول الأدوية المنشطة أو المنبهة (ميكلسين Mikkelsen، ١٩٨٢) .

وقد أوضحت كثيراً من الدراسات تعرض الأطفال بعد التوقف عن تناول الأدوية المضادة للذهان – بعد استخدامها لفترة تتراوح ما بين ٦-٤ أشهر- للإصابة بحالة تتضمن الحركات اللاإرادية للسان والذقن، والحركات الرقاصية (سرعة ، ارتعاش، لاإرادية) أو التشنجية (بطء ، ترنح، غير هادفة) للذراعين، والفخذين ، والرأس ، والوجه، واهتزاز الجسم، وعدم الاتزان الذي يظهر في صورة ترنح كما لو كان في حالة سُكر (انجليهاردت، وبوليزوس، ووايزر، Engelhardt , Polizos, & Waizer ، ١٩٧٥ ؛ بوليزوس ، أنجليهاردت، وهوفمان، ووايزر Polizos, Engelhardt, Hoffman & Waizer ، ١٩٧٣). فضلاً عن أن التوقف عن تناول الدواء عادة يسفر عن تعرض هؤلاء الأطفال للانتكاس، وكذلك استمرار حالة بطء الضبط الحركي لمدة قد تصل إلى عام في بعض الحالات، إلا أنه ليس من الواضح ما إذا كانت أعراض بطء الضبط الحركي يمكن أن تنعكس لدى بعض الأطفال أم لا، وهناك بعض تقارير المتابعة تشير إلى بقاء تلك الأعراض لمدة ٤ سنوات (بولسون، ريزوي ، كراني ، Paulson, Rizui, & Crane ، ١٩٧٣) .

ومع ذلك فرغم ما قد يحدث من تأثيرات جانبية خطيرة لبعض الأطفال من جراء استخدام العقاقير الطبية لفترات طويلة، فإنها قد تمثل أهمية كبيرة بالنسبة للبعض الأخر منهم حيث تنخفض حدة الأعراض الحادة التي قد تعوق نموهم الطبيعي.

أساليب التدخل السلوكي والتربوي مع الاضطرابات النمائية العامة

رغم أن وصف حالة الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات النمائية العامة قد حدث بصورة متقطعة منذ القرن التاسع عشر، إلا أن التقدم المنظم في علاجهم لم يحدث سوى خلال القرن العشرين. وكما لاحظنا في الفقرة السابقة فإن ظهور أساليب العلاج الطبي باستخدام الأدوية في علاج حالات الذهان لدى الكبار قد شجع على سرعة تجريب هذه الأدوية في علاج اضطرابات الطفولة؛ ومع ذلك فقد احتل ظهور أساليب العلاج النفسي للأطفال نفس الأهمية تقريباً .

ومثلما حدث في حالة استخدام العقاقير الطبية؛ فإن الجهود المبكرة لاستخدام العلاج النفسي مع الاضطرابات النمائية العامة قد ظهرت إلى جانب البحوث المكثفة للاضطرابات الانفعالية الشديدة لدى الكبار. وقد ظهرت نظرية التحليل النفسي في أمريكا خلال الثلاثينيات من القرن العشرين كطريقة لعلاج الاضطرابات النفسية لدى الكبار، ومن ثم بدأ ظهور كثيراً من المفاهيم والطرق العلاجية للتحليل النفسي التقليدي . وقد نظرت معظم نظريات التحليل النفسي إلى الاضطراب النفسي الشديد باعتباره نتيجة الخبرات الانفعالية غير العادية والمدمرة، وكذلك نتيجة الاضطرابات الأسرية التي يتعرض لها الفرد. وقد ذهب أصحاب هذه النظريات إلى أنه إذا كان الاضطراب الشديد ينتج عن الخبرات البيئية غير السوية، فإن تعريض الفرد للخبرات البيئية الإيجابية قد يخلصه من ذلك الاضطراب. وكما سبق أن ذكرنا فإنه لا توجد أدلة كافية حالياً تدعم وجهة النظر هذه، كما ذكر كثيراً من الباحثين البارزين في المجال أنه يصعب تحديد عوامل معينة في البيئة النفسية للطفل يمكن أن تسبب التوحد الطفولي (أورنيتز وريتفو Ornitz & Ritvo ، ١٩٧٦). ومع ذلك فقد كانت وجهات النظر هذه على درجة

كبيرة من الأهمية في ذلك الوقت لأنها استنفرت الجهود لتزويد هؤلاء الأطفال بالخبرات الانفعالية الجيدة؛ سواء من خلال العلاج النفسي الفردي، أو العلاج في مستشفيات داخلية تتيح لهم فرصة الحياة في بيئة أكثر ملاءمة لتحقيق أفضل مستوى من النمو والنضج لهم.

ويعتبر برونو بيتلهيم Bruno Bettelheim من الرواد الأوائل الذين استخدموا أسلوب التدخل البيئي إلى جانب أساليب التحليل النفسي. وقد كون بيتلهيم " بيئة علاجية " Milieu بمدرسة العلاج الملحقة بجامعة شيكاغوا Orthogenic School at the University of Chicago، وهي مكان يتيح للأطفال ذوي الاضطرابات الشديدة التعرض لبيئة إنسانية تتقبلهم، وتسمح لهم بالنكوص وإعادة النمو في مواقف آمنه ومضبوطة (بيتلهيم، ١٩٥٥ – أ، ب ، ١٩٦٧) . ومن البرامج الأخرى التي أنشأها أصحاب التحليل النفسي ما يسمى " برنامج مدرسة العصبة أو الأمم" League School Program ، الذي أكد على أهمية تنظيم البيئة المدرسية للطفل من خلال وضع قواعد محددة يمكن التنبؤ بها، والتعليمات الإرشادية، والبرامج التعليمية المنظمة (فينكل Fenichel ، ١٩٧٤) .

وهناك وجهة نظر أخرى أصبحت أكثر تأثيراً خلال الستينيات من القرن العشرين ، ذهبت إلى أن الاضطرابات النمائية العامة وخاصة التوحد الطفولي ذات أصول عصبية فسيولوجية، وأخذت في الاعتبار كذلك أن الخبرات الانفعالية الإيجابية يمكن أن تعوض الخلل التكويني لدى الأطفال (ديس لوريرس Des Louriers ، ١٩٧٨؛ ديس لوريرس وكارلسون Des Laurier & Carlson ، ١٩٦٩). وقد ركز هذا الأسلوب العلاجي الذي يطلق عليه المناورة العلاجية Theraplay على أهمية تكثيف وإقحام مداخل العلاج والتأكيد في نفس الوقت على التفاعل العاطفي مع الأطفال الذهانيين (زابل Zabel ، ١٩٨٢) .

وقد ساد التفاؤل خلال تلك الفترة الزمنية توقع التأثيرات الإيجابية للعلاج النفسي على الاضطرابات النمائية العامة، مما شكل قوة دافعة لمزيد من البحث والتدخل التي ما لبثت أن أدت إلى ظهور مفاهيم علاجية وأساليب للتدخل التربوي أكثر تنظيماً واعتماداً على نتائج الدراسات الميدانية . ومن ثم بدأ الباحثون يفكرون في توفير نظام متسق، وإرشاد، ورعاية منظمة للاطفال المضطربين إنفعالياً بدرجة شديدة في مراكز خاصة معزولة لفترات زمنية طويلة، فضلاً عن تقديم العلاج النفسي الفردي الذي يستند إلى نظرية التحليل النفسي بصورة أساسية. لقد تم توفير مواقف تتسم بالدفء والرعاية أو العناية، والضبط؛ حيث يمكن للأطفال البدء في تعلم مبادئ الهوية الشخصية والتفاعل الإنساني. وقد اعتقد البعض أن الأطفال الذين يتسمون بالانسحاب الشديد يحتاجون إلى الإقحام في بيئاتهم، بينما رأى البعض الآخر أن الأطفال المضطربين قد يحتاجون إلى المساعدة في ضبط المثيرات الحسية أو التحكم فيها، ومحاولة تقديم تلك الاستثارة في صورة جرعات تدريجية. وبصورة عامة فمع انتصاف القرن العشرين كان المتخصصون في علم النفس، والتربية، والطب النفسي قد بذلوا كثيراً من الجهود العلاجية المكثفة، كما أشارت كثيراً من تقاريرهم إلى إحراز مزيد من التحسن في حالة الأطفال المضطربين من جراء تطبيق ما توافر لهم من أساليب علاجية . ورغم أن الأبحاث التي أتت بعد ذلك لم توضح أن تلك الجهود كانت فاعله بدرجة عالية مثلما كان يعتقد من قبل، لكن ذلك التفاؤل كان ضرورياً في وضع الأسس التي تستند إليها الجهود المعاصرة لتوفير الرعاية التربوية المنظمة للأطفال الذهانيين.

وقد بدأ تعديل السلوك يظهر كقوة مؤثرة في الولايات المتحدة الأمريكية خلال الستينيات من القرن العشرين، كما شاع انتشار مراكز الصحة النفسية

والتربية، والمداخل العلاجية المنظمة، التي تستند إلى نتائج الدراسات ذات الصبغة السلوكية والتربوية. وسوف نناقش هذه المداخل العلاجية بالتفصيل في الجزء الثاني من هذا الكتاب، ورغم ذلك فقد يكون من الأفضل أن نستعرض هنا بإيجاز بعض المداخل السلوكية والتربوية المستخدمة في علاج الاضطرابات النمائية العامة .

يبدو أن المحاولات المنظمة المبكرة للتدخل مع الاضطرابات النمائية العامة للطفولة؛ تتمثل في تلك الجهود التي بذلها الباحثون ممن اعتقدوا أن بإمكانهم مساعدة الأطفال ذوي الاضطرابات الشديدة على التفاعل الهادف والمثمر مع البيئة؛ من خلال استخدام فنيات الاشتراط الإجرائي أو الوسيلي Operant Conditioning (فرستر Ferster، ١٩٦١؛ فرستر ودميير، Ferster & Dymyer، ١٩٦١). وقد لاحظ هؤلاء الباحثون أنهم تمكنوا من ضبط سلوكيات بعض الأطفال التوحديين؛ من خلال التحكم في المثيرات البيئية أثناء تدريبهم في غرف منفصلة ، بأستخدام التعزيز عن طريق آلات البيع التي يمكن الحصول منها على الأشياء بعد إدخال العملة أو النقود فيها . ثم استخدمت فنيات الاشتراط الاجرائي أو الوسيلي بعد ذلك في مواقف تقترب تدريجيا من مواقف الحياة الطبيعية باستخدام معززات تتضمن الانتباه، والابتسام، والتواصل الجسدي الذي يشمل الربت على الكتف أو اللمس أو العناق، والمدح أو التشجيع اللفظي (دي مير وفرستر ، ١٩٦٢) .

وهكذا فقد أصبح واضحاً أنه بالإمكان - بغض النظر عن المبررات النظرية- مساعدة الأطفال ذوي الاضطرابات الشديدة لممارسة السلوكيات المرغوبة؛ من خلال التعزيز المنظم لهذه السلوكيات . وقد أمكن تعليم بعض الأطفال محاكاة واستعمال اللغة بصورة مناسبة باستخدام هذا الأسلوب (لوفاس ،

بربريتش، برلوف ، وشـــافير Lovaas, Berberich, Perloff, & Schaeffer ، ١٩٧١؛ لوفاس ، ومريتاس، ونيلسون ، وواهليـــن Lovaas, Freitas, Nelson & Whalen ، ١٩٦٧؛ لوفاس ، وشافير ، وسيمونز Lovaas, Schaeffer, & Simmons ، ١٩٦٥). كما أمكن تعليم بعض الأطفال ذوي الاضطرابات الشـــديدة التفـــاعل الاجتمـــاعي بصورة مناسبة مع الوالدين أو غيرهم باستخدام التعزيز أيضاً (كوزلوف Kozloff ، ١٩٧٣) .

وقد أعقب تلك المحاولات المبكرة لاستخدام فنيات تعديل السلوك في عـــلاج الاضطرابات النمائية العامة، ظهور عدد لا حصر له من الدراسات التـــي تعكـــس استمرار الباحثين في محاولة الوصول إلى أفضل أساليب التدخل الفاعلة مع تلـــك الاضطرابات الحادة. وبصورة عامة فإن أساليب تعديل السلوك في عـــلاج ذهـــان الطفولة لا يلقي بالاً للأسباب؛ حيث تعد هذه الأساليب تجريبيـــة أو عمليـــة فـــي طبيعتها لأنها تركز على السلوك الظاهر باستخدام مبادئ وقوانين محددة بدلاً مـــن الإسهاب في المناقشات النظرية العقيمة .

ومن هذا المنطلق فإن أساليب تعديل السلوك تتمشى إلى حد كبير مع مبادئ المدخل البيئي؛ لأنها تؤكد على إمكانية تغيير استجابات الأطفال من خلال ما يحدث من تعديلات في الظروف البيئية المحيطة بهم. وبدلاً من محاولـــة البحـــث عـــن مواطن الخلل داخل الأطفال، فإن المهتمين بأساليب تعديل السلوك يركزون علـــى بحث كيفية إحداث التعديلات المناسبة في البيئية بما يسمح لهؤلاء الأطفال تحقيق أفضل مستوى ممكن من النمو. وهكذا فرغم أن بعض الباحثين ما زالوا يبحثـــون عن مسببات الاضطرابات النمائية العامة للأطفال، فإن البعض الآخر منهم استطاع توفير أساليب قوية يمكن استخدامها في مساعدة هؤلاء الأطفال على الوصول إلى أفضل مستوى من الأداء المنتج، وذلك حتى يتم تحقيق مزيد من الفهم لطبيعة هذه المشكلات .

ورغم صعوبة استعراض مختلف أساليب التدخل السلوكي مع الاضطرابات النمائية العامة، إلا أنه توجد بعض التوجهات الواضحة لتلك الأساليب منها؛ أن هناك تزايداً في استخدام فنيات تعديل السلوك في مختلف أماكن التربية الخاصة من قبل المعلمين بالتشاور مع اختصاصيين في تعديل السلوك، وليس مجرد تطبيق هذه الفنيات في المواقف التجريبية بصورة فردية (فرانكل Frankel ، ١٩٧٦) . وهكذا فمع تزايد توجه المتخصصين نحو توفر بيئات تربوية أقل تقييداً فضلاً عن التطبيع ثم الدمج سواء في تقديم البرامج التربوية أو العلاجية للأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العامة؛ فإنه لم يعد من المقبول ترك هؤلاء الأطفال معزولين في معامل وعيادات التجريب . وبدلاً من ذلك فقد اصبح من الضروري تقديم أساليب التدخل في المواقف التربوية التي نتوقع أن يمارس فيها هؤلاء الأطفال أنشطتهم الطبيعية قدر الإمكان (أنظر المربع رقم ٦-٢) .

مربع رقم (٦-٢) دوني ف . Donny F : حالة طفل يعاني من المظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة

دوني طفل يبلغ الثامنة من عمره، ملتحق بمركز رعاية نهارية حيث يتم تدريبه على المتطلبات السابقة على المهنة من خلال برنامج خاص ، والتي تشمل حصر الأشياء، وغلق المظاريف، وعد القطع الصغيرة بهدف تجميعها أو تركيبها بصورة مبسطة. ويستطيع دوني الانشغال بهذه المهام بصورة متصلة لمدة ٤٥قيقة أو أكثر ، وبالتالي يقوم المعلم أو المشرف عليه بتقديم التعزيز الفوري له المتمثل في المدح أو الثناء اللفظي. وفي معظم الوقت كان سماع الطفل لعبارة " اعمل جيداً يا دوني – أحسنت " يكفي كي يستمر في الأداء لمدة ٥ أو ١٠ دقائق أخرى .

تابع مربع رقم (٦-٢)

وقد تضمن برنامج التدريب تعاقب فترات العمل (التدرب على المهمة) مع ممارسة أنشطة أخرى مثل سماع الموسيقى، أو الذهاب إلى المحلات القريبة تحت اشراف المعلم، أو ممارسة بعض الألعاب البسيطة. وقد استخدم مع دوني إسلوب التعزيز الرمزي حيث يمكنه الحصول على قطع بلاستيكية ملونة عقب الانشغال بالمهمة، واستخدام اللغة بصورة مناسبة ، وتنفيذ مطالب المعلم . وفي نهاية كل يوم يستطيع دوني تغيير قطع البلاستيك التي حصل عليها بأي شيء يرغبه مثل الكوكاكولا، أو أي مشروب آخر، أو الشيكولاته، أو الخروج في نزهة مع المعلم، أو الحصول على لعبة صغيرة، أو مجلة .

وبعد انتهاء البرنامج اليومي يتم نقل دوني بالأتوبيس إلى مكان الاقامة الداخلية الذي يضم ١٤ فرداً آخرين معه، معظمهم من ذوي الاعاقة العقلية البسيطة أو المتوسطة رغم اختلاف أسبابها لديهم من فرد إلى آخر. والقليل منهم مثل دوني تم تشخيصهم على أنهم يعانون من التوحد الطفولي المبكر أو فصام الطفولة. ويضطلع جميع الأفراد الملتحقين بهذا البرناج ببعض الأعمال المنزلية ومهام الحياة البسيطة أو الروتينية فضلا عن برامج التدريب .

وقد استطاع دوني ممارسة بعض مهارات العناية الذاتية مثل الاستحمام، والحلاقة، وغسيل الرأس بمساعدة فريق من المعاونين بالمنزل لتشجيعه وحثه وتوجيهه أثناء أداء تلك المهام. كما تعلم ترتيب سريره، وتجهيز الملابس للغسيل. وعندما يعود إلى المنزل في المساء يتم تدريبه على استعمال المكنسة الكهربائية، واعداد طعام الغذاء لليوم التالي. ويتم قضاء فترة المساء في كثيرا من البرامج التربوية التي ساعدته على تعلم العد، وتمييز الأعداد، واستعمال التليفون. وقد أبدى دوني استجابة جيدة للتدريب وتعليمات الكبار. وبصورة عامة يبدو أن دوني كان طفلا متعاونا وسعيدا بحياته مع الجماعة .

وقد أحرز دوني خطوات كبيرة من النمو بمساعدة البرنامج الداخلي. وقد كان قبل التحاقه بهذا البرنامج يتسم بالسلوك العدواني الفج، حيث كان منذ الطفولة المبكرة يقضي فترات طويلة يمارس خلالها سلوكيات تتسم بالعدوان، والتدمير، وإيذاء الذات. وكان ذلك يحدث أحيانا عندما لا يحصل على ما يريد أو يتعرض للتوبيخ أو التعنيف . وفي أوقات أخرى كان دوني يبدأ في الاعتداء على الآخرين بالضرب، أو عض يده، أو بعثرة الأثاث حتى تنهك قواه دون حدوث أي شيء يغضبه أو يثيره .

تابع مربع رقم (٦-٢)

ورغم أن والدي دوني خضعوا ل كثيرا من البرامج العلاجية وتعديل السلوك إلا أنهم لم يستطيعوا مطلقا التحكم في سلوكهم وممارسة استجابات متسقة مع هذا الطفل . ورغم ما توافر لديهم من نوايا صادقة للاستمرار في البرامج المقترحة لهم، فقد كانت دائما تحدث أشياء تعوقهم عن المتابعة. وفي بعض الاوقات كانوا يشعرون بالاحباط من سلوك دوني مما يثير غضبهم الشديد، ومن ثم تأتي استجابتهم له أكثر تأثرا بمشاعرهم وحالتهم النفسية من ارتباطها بالسلوك المباشر للطفل. وفي أوقات أخرى كانوا يشعرون باليأس والارهاق ومن ثم يمارسون سلوكيات غير متسقة مع الطفل. على حين كانت تنتابهم مشاعر الذنب والفشل (رغم عدم وجودها حقيقة) بصورة تجعلهم يقللون من شأن ما يبذلونه مع طفلهم من جهود، ويستنكرون ما يفعلونه مع طفلهم في أوقات أخرى. فقد تكرر سماع العبارة التالية من والدي دوني : " إنني أعرف جيدا أنه كان من الخطأ عمل ذلك مع الطفل " .

وقد ترتب على ذلك إدراك والدي دوني أنه لم يعد بوسعهم مواجهة غضب دوني وسلوكه المدمر، ومن ثم لجأوا إلى وضعه في مؤسسة داخلية. وقد كان هذا القرار صعب بالنسبة لهم حيث شعروا وكأنهم يحاولون التخلص من ابنهم. لكنهم أحسوا بأن دوني أصبح عنيفا، وذا قوة عضلية بدرجة جعلتهم يخشون عليه وعلى أنفسهم من سلوكياته العنيفة المدمرة .

وهنا أدرك الوالدان أن الخدمات الخاصة في المؤسسة الداخلية قد توفر لابنهم مزيدا من التنظيم والاتساق في المعاملة بصورة لم يستطيعوا هم توفيرها له. وهذا ما تحقق بالفعل؛ حيث رأوا ما أحرزه دوني من تقدم خلال زيارتهم المتكررة له في محل إقامته، ورغم أن والدي دوني يدركون تماما أنه قد يصعب تحويله كي يصبح طفلا عاديا تماما، إلا أنهم تأكدو من أنه سوف يجد الرعاية المناسبة في ذلك المكان مما يتيح له فرصة النمو والتقدم بصورة تتناسب مع إمكاناته وقدراته .

أما التوجه الثاني المهم لاستخدام فنيات تعديل السلوك فيتضمن تدريب الوالدين وغيرهم من أفراد الأسرة على تطبيقها، وبالتالي يمكن تعميم استخدام

هذه الأساليب في المنزل بالاضافة إلى المدرسة أيضا (جرازيانو Graziano ، ١٩٧٨؛ هاريس Harris ، ١٩٨٢؛ روتر Rutter ، ١٩٨٥) . ويعد تدريب الإخوة على تطبيق فنيات تعديل السلوك مع الأخ المتسم بالتوحد من التطورات المهمة في هذا المجال. فقد أجرى كل من اشريبمان، وأونيل، وكوجل Schreibman, Oneill, & Koegel (١٩٨٣) دراسة تضمنت تدريب ثلاثة من الأخوة لأطفال توحديين على تطبيق أساليب تعديل السلوك معهم ، وقد شمل البرنامج مشاهدة هؤلاء الإخوة فيلماً تدريبياً على تطبيق أساليب تعديل السلوك مع الأطفال التوحديين كما تم تعليمهم مفاهيم التعزيز، والتشكيل، والتسلسل، والانطفاء. كما تمت مناقشة مختلف الأمور المتعلقة بتطبيق هذه الأساليب مع الأخوة خلال عدة مقابلات يومية، فضلا عن قيامهم بتطبيق بعض الفنيات بالفعل تحت إشراف المدربين خلال تلك المقابلات والجلسات مع تزويدهم بالتغذية الراجعة المناسبة في حينه. وقد أوضحت هذه الدراسة أن بالإمكان تعليم الأخوة العاديين فنيات تعديل السلوك، وتدريبهم عليها بصورة تمكنهم من تعميم استخدامها في المواقف الأخرى غير جلسات التدريب. كما اتضح أن هؤلاء الأخوة استطاعوا إحراز تقدم كبير مع اخوتهم التوحديين الذين أظهروا بدورهم تحسنا جيدا في سلوكياتهم، كما لوحظ انخفاض معدل ممارسة هؤلاء الأخوة للعبارات السلبية مع إخوانهم التوحديين وإزداد في المقابل استخدامهم للعبارات الإيجابية معهم .

وهناك دراسات مماثلة استخدمت أطفالا من المعوقين بدرجة بسيطة لتدريبهم على تعديل سلوكيات أقرانهم الذين يعانون من الاضطرابات النمائية العامة، وقد أسفر ذلك عن نتائج توضح استفادة هؤلاء الأطفال من برامج تعديل السلوك سواء لأنفسهم أو أثناء تفاعلهم مع أقرانهم المعوقين بدرجة شديدة (لانسيوني Lancioni ، ١٩٨٢ ؛ شافير ، وإيجل ، ونيف Shafer, Egel & Neff ، ١٩٨٤) .

أما التوجه الثالث لدراسات تعديل السلوك فقد تضمن ضرورة إعداد الأساليب والاجراءات المنظمة لتعميم تاثيرات التدريب، حيث أن ما حدث من تغير في سلوك الطفل في مواقف العلاج يجب أن يستمر في مختلف المواقف الأخرى (فرانكس، وويلسون ، وكيندال ، وبرونيل Franks, Wilson, Kendall, & Brownell، ١٩٨٤) . وجدير بالذكر أن الجهود البحثية والعلاجية دأبت على محاولة إعداد الخطط المنظمة لتسهيل عملية تعميم السلوك حتى قبل تطبيق برنامج تعديل السلوك نفسه (جايلورد – روس، وهارينج ، وبرين ، وبيتس–كونوي Gaylors-Ross, Haring, Breen & Pitts-Conway ، ١٩٨٤) .

ويبدو أن الباحثين أصبحوا أكثر وعيا بأهمية التعليم العرضي كوسيلة لتسهيل عملية اكتساب المهارات لدى الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العامة. ويقصد بالتعليم العرضي Incidental Teaching أنه يتم تعليم الطفل مهارات معينة من خلال ممارسته لأنشطة أخرى في نفس الوقت . ويعتبر تعليم الطفل أهمية الغذاء المتوازن من خلال المناقشة أثناء تناول الطعام مثالاً لذلك التعليم العرضي. كما أن هناك أمثلة كثيرة لحدوث التعليم العرضي أثناء التدريب على الاستعمال الوظيفي للغة . كما أشارت بعض الدراسات إمكانية تعليم الأطفال التوحديين مهارات القراءة من خلال ممارسة أنشطة اللعب (مال جين ، وكرانتز، وماسون، وماكلاناهان ، McGeen, Krantz, Mason, McClannahan ، ١٩٨٦). وقد كان المدرب يقوم بإحضار لعبة للطفل التوحدي خلال فترة اللعب على مدى ٢٥ دقيقة. وعندما يطلب الطفل اللعبة أو يحاول أخذها، عنئذ يطلب منه المدرب الإشارة إلى الاسم المكتوب على اللعبة والتعرف عليه. وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن ذلك التعليم العرضي يساعد الطفل على اكتساب القدرة على معرفة الكلمات

وقراءتها ، ومن ثم يعتبر التعليم العرضي إسلوباً مناسباً للأطفال الذين يصعب عليهم التعامل مع الانشطة التعليمية المنظمة التي يتضمنها المنهج الدراسي .

وأخيراً فقد بدأت البرامج الخاصة بالأطفال التوحديين تنتقل من المراكز والمعاهد الخاصة – مقابل مصروفات معينة– إلى غرف الدراسة بالمدارس العادية (فرانك واخرون Frank, et al، ١٩٨٤) .

ففي مدرسة رافائيل العليا بمقاطعة مارين بولاية كاليفورنيا الأمريكية Rafael High School in Marin County California على سبيل المثال يتم تعريض الأطفال التوحديين لمواقف التدريب باستخدام أساليب الاشتراط الاجرائي في صالة الألعاب، والبوفيه، وخلال ممارسة الأنشطة المدرسية، وكذلك اثناء التسوق من المحلات المجاورة (جايلورد روس ، وبيتس ، وكوتوني ، ١٩٨٣) .

خلاصة القول أن توجهات البرامج التربوية والعلاجية للأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العامة تعد واعدة، ومبشرة بالأمل في مزيد من تطبيعهم ودمجهم مع أقرانهم بالمدارس العادية ، وهذا يشير إلى قرب التوصل إلى إيجاد حلول ناجعة لتلك المشكلات . فقد تم تطوير فنيات طبية وسلوكية ساعدت كثيراً في تحسين كثير من الأعراض المرضية لدى هؤلاء الأطفال، وكذلك اكتساب مهارات معينة؛ بيد أن الأدوات التي سوف تتيح إمكانية الدمج التام لهؤلاء الأطفال لم يتم تطويرها بعد .

ملخص

إن دراسة الاضطرابات النمائية العامة توضح جلياً مدى فهمنا الطبيعي

لكيفية ابنثاق المشكلات السلوكية لدى الانسان وتطورها. وقد أسفر الوصف الكلينيكي المنظم للاضطرابات النمائية الشديدة لدى المواليد والأطفال الصغار إلى ظهور كثيراً من المحاولات لفهم تلك الظاهرة غير العادية .

وقد أوضحت أعمال بعض الرواد الأوائل مثل ديسانكتس Desanctis وهيلر Heller وجود مجموعة متسقة من المؤشرات والأعراض التي تعكس الاضطرابات الشديدة في الاتصال بالواقع وقصور كبير في الطاقة النمائية لدى بعض الأطفال . وقد أدت التأثيرات المفزعة التي تحدثها تلك الاضطرابات على نمو من يتعرض لها من الأطفال إلى حث بعض الباحثين على البحث عن مسبباتها المختلفة سواء ما يتعلق منها بالعوامل الوراثية أو العضوية داخل الطفل، أو تلك الخاصة بالبيئة المحيطة به .

ومع منتصف القرن العشرين استطاع الباحثون وصف مجموعة من الاضطرابات الذهانية المختلفة للطفولة منها، التوحد الطفولي، وفصام الطفولة، وقد دفع ذلك الباحثين إلى بذل قصارى جهدهم للوصول إلى مزيد من التشخيص الدقيق وأساليب التدخل الفاعلة لهذه الاضطرابات. وفي السنوات الاخيرة بدأ التفكير في ثلاثة اضطرابات مختلفة تشمل : التوحد الطفولي، والمظهر الطفولي للاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية غير العادية (أو الشاذة) .

وقد أثيرت عدة تساؤلات حول مسببات الاضطرابات الذهانية للأطفال، وأسفرت الجهود التي بذلت للإجابة عليها عن ظهور ثلاث وجهات نظر مختلفة في هذا الصدد تشمل : النظريات العضوية (الطبع)، والبيئية (التطبع)، والعضوية- البيئية (الطبع والتطبع) . ورغم أن الأبحاث المتعلقة بأسباب الاضطرابات النمائية العامة ما زالت جارية حتى الآن ، إلا أنه تتوافر حالياً بعض الأدلة التي تشير إلى

أن هذه الاضطرابات ترجع أساساً إلى استعدادات عضوية لدى الأطفال للإصابة بها، كما أنه لم تعد هناك قناعة لدى الباحثين في الوقت الراهن من أن أولياء الأمور يعتبرون ضمن مسببات تلك الاضطرابات لدى أبنائهم، وذلك رغم أن ما تحدثه هذه الاضطرابات من إزعاج لأفراد الأسرة قد تؤدي إلى نشأة بعض المشكلات في توافقهم مع بعضهم البعض .

وفيما يختص بأساليب التدخل مع هذه الاضطرابات فقد اتضح أن العقاقير الطبية تحتل أهمية كبيرة في علاج كثيراً من الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات النمائية العامة. ورغم ذلك فقد أثير جدل كبير حول استخدام الأدوية سواء المنشطة أو المنبهة أو أدوية العُصاب مع الأطفال؛ مما دفع كثيراً من الباحثين إلى بذل مزيد من الجهد لتطوير عقاقير أكثر أمناً وفاعلية في هذا الصدد. ومع ذلك فقد ظهرت أساليب أخرى احتلت نفس الأهمية وربما أكثر في التدخل مع تلك الاضطرابات تشمل، أساليب التدخل السلوكية والتربوية التي تطبق في البيئة المدرسية وتساعد الأطفال المضطربين على إحراز أفضل مستويات النمو التي تؤهلهم له طاقاتهم. ورغم أن الأمل في شفاء الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العامة ما زال غير مؤكد، إلا أن استخدام تركيبة من أساليب التدخل الطبي، والسلوكي ، والتربوي يمكن أن يسفر عن مزيد من التقدم في علاج هذه الاضطرابات .

الفصل السابع

المشكلات الشخصية والسلوكية

وصعوبات التعلم

مقدمة

لقد سئلت إحدى طالبات الجامعة ممن تم إعدادهن للعمل مع الأطفال المعوقين في أحد الاجتماعات؛ من قبل أحد أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة عن اهتماماتها بتدريس الطلاب المعوقين . وقد عبرت تلك الطالبة عن اهتمام كبير بتدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم والمتخلفين عقلياً، وليس بتدريس الطلاب المضطربين سلوكياً. وقد وضحت ذلك بقولها " لا أحب أن أتعامل مع سلوك الطلاب الخارج عن النظام " Disciplin. ولكن عضو هيئة التدريس المتخصص في التربية الخاصة أشار إلى أن من واجب معلمي الأطفال الذين يعانون من مشكلات تعليمية محدده أو عامة أن يوجهوا اهتمامهم للمشكلات السلوكية لطلابهم، وفي المقابل يتعين على معلمي الطلاب المضطربين سلوكيا الاهتمام بعلاج المشكلات الأكاديمية لطلابهم .

إن الربط ما بين التعلم ومشكلات السلوك يعتبر أمراً ثابتاً وراسخاً. وفي الحقيقة فإن الشخيص الفارقي Differential Diagnosis بين الاضطرابات السلوكية، وصعوبات التعلم والتخلف العقلي البسيط يعتبر ظاهرة حديثة نسبياً. حيث تستخدم غالباً هذه المسميات في الوقت الحاضر للتمييز بين فئات الإعاقة في الجانب التربوي؛ حيث نواجه في الواقع صعوبة مستمرة في التمييز بين هذه المجموعات. ولا يزال الجدل مستمراً حول كيف تختلف هذه المجموعات عن بعضها البعض . وما إذا كانت هناك فروقا تربوية حقيقية تستحق إعطاء تسميات تشخيصية مختلفة. وفي الممارسة العملية، نجد أن هناك طلاباً بتسميات مختلفة يدرسون غالباً في نفس البرامج التربوية الخاصة .

وكما لاحظنا في الفصول الأولى . فإن الأطفال المضطربين سلوكياً غالباً ما يعانون من صعوبات في التعلم. فهم على سبيل المثال قد يعانون من صعوبة أكبر في مهارات أكاديمية معينة مثل القراءة، والرياضيات، والتهجئة مما لدى الطلاب الأخرين . وقد تكون لديهم قدرات عقلية تقع ضمن المتوسط أو فوق المتوسط، ولكن أداءهم الأكاديمي لا ينسجم مع قدراتهم. ويوصف بعض هؤلاء الأطفال أيضاً بأنهم غير منتبهين، واندفاعيين، ويسهل تشتتهم. وقد نعتبر أن لديهم اضطرابات ضعف الانتباه Attention Deficit Disorder ويطلق عليهم باستمرار "الأطفال ذوو النشاط الزائد " Hyperactive .

ويواجه بعض الأطفال والمراهقين أيضاً مشكلات تعلم أكثر عمومية، حيث ينخفض أداءهم عن أقرانهم في نفس الفئة العمرية وذلك في جميع المجالات الأكاديمية . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن قدراتهم العقلية المقاسة تقع دون المتوسط، وهنا قد يصنفون على أنهم بطيئو تعلم Slow Learners . أما إذا كان ذكاؤهم المقاس ينخفض بدرجة دالة عن المتوسط، وكان مصحوبا بمشكلات في السلوك التكيفي، فقد يُنظر إليهم على أنهم متخلفون عقلياً قابلون للتعلم Educable Mentally Retarded .

ومع أنه ليس من الضرورة أن يعاني جميع الطلاب ذوي صعوبات التعلم، وبطيئي التعلم، والمتخلفين عقليا القابلين للتعلم من مشكلات سلوكية، إلا أن بعضهم قد يعاني منها. ومن هنا نجد أن تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD) المشهور على سبيل المثال يركز على السلوك المشكل . حيث يعرف التخلف العقلي على أنه قصور في السلوك التكيفي، وانخفاض القدرة العقلية العامة عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين. حيث يعكس السلوك التكيفي في الأعمار النمائية المختلفة القدرة على التعامل مع الآخرين، والمشاركة في

الأنشطة الجماعية، وأداء المسئوليات الاجتماعية المهنية (جروسمان Groomsman ، ١٩٧٣) .

إن من أكثر الخصائص السلوكية والانفعالية انتشاراً ومصاحبة لمشكلات التعلم الاتكالية، والقابلية لتشتت الانتباه، والتثبيت (التكرار غير المناسب للسلوك). والإزعاج، والانسحابية، والنشاط الزائد ، والسلوك المضاد للمجتمع، وممارسة سلوكيات لا تتصف بالثبات، وسرعة الغضب والانفعال، وضعف الإدراك الاجتماعي (والاس وماكلوجن , Wallace and Mcloughlin ، ١٩٧٩) .

وغالباً ما يلاحظ الوالدان والمعلمون والأقران نماذج معينة من المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين ممن لديهم صعوبات في التعلم. (الجوزين Algozzine ، ١٩٧٩) . فغالباً ما يصف الوالدان أطفالهم من ذوي صعوبات التعلم على سبيل المثال بالقلق , وعدم القدرة على إدراك المشاعر العاطفية، وضعف التحكم باندفاعهم، وبأنهم أقل لباقة وتعاوناً من إخوانهم. وغالباً ما ينظر المعلمون إلى الطلاب ذوي صعوبات التعلم باعتبارهم أقل قدرة على تحمل المسئولية، وأقل قدرة على التعامل مع الأوضاع الجديدة، ويتصفون بالنشاط الزائد، والغضب، والعداء، وأن لديهم مشكلات أكبر مع أقرانهم. أما الأقران فيصفون الأطفال ذوي صعوبات التعلم على أنهم أكثر قلقاً، وإحباطاً ، ورفضاً من قبل زملائهم، في حين يبدو مظهرهم الخارجي وملابسهم ، وثقافتهم وشعبيتهم أقل مما هي عليه بالنسبة لبقية أقرانهم في غرفة الدراسة. ويبدو واضحاً أن كثيراً من وجهات النظر حول الأطفال ذوي مشكلات التعلم تشبه خصائص الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الشخصية، وبصورة خاصة المشكلات الأخلاقية التي تم مناقشتها في فصول سابقة .

ويتناول هذا الفصل بعض العلاقات بين المشكلات السلوكية والتعليمية. حيث نتناول أولاً : تعريفات وخصائص الأطفال ممن لديهم اضطرابات في التعلم، وخصوصاً أولئك الذين يعتبرون ممن لديهم صعوبات في التعلم. وسوف يتم التركيز بشكل خاص على خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطرابات ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وهو نمط السلوك الذي أخذناه بعين الاعتبار في مناقشتنا للاضطرابات الأخلاقية (الفصل الخامس من الجزء الأول) وكذلك على معالجة تلك المشكلات. وسوف نراجع أيضاً بعض الدراسات السابقة التي تناولت أوجه التشابه والاختلاف بين صعوبات التعلم وأشكال الإعاقة التربوية الأخرى بمن فيهم المضطربون انفعالياً، والمتخلفون عقليا القابلون للتعلم، وذوو التحصيل المنخفض Underachievers وبطيئو التعلم. وسوف نتناول إجراءات وقضايا في تقييم مشكلات التعلم. وأخيراً ، سوف نتناول بعض الاستراتيجيات الواعدة لمعالجة اضطرابات التعلم .

تعريفات صعوبات التعلم

وجهات نظر (أراء) مبكرة Early Views :

تعد صعوبات التعلم فئة متميزة من فئات غير العاديين كما أنها أحد المجالات الجديدة في التربية الخاصة لذلك فإن تاريخها يعتبر قصيراً نسبياً . ومع ذلك فهناك تحول كبير في الأفكار والآراء السائدة حول صعوبات التعلم . فقد نشر ألفرد ستراوس ولورا لتنن Alfred Strauss & Laural ehtinen عام ١٩٤٧ كتابهم "علم النفس المرضي وتربية الأطفال ذوي الإصابة المخية". ولقد أوردا فيه دراساتهما حول الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الإدراك والنشاط الزائد.

ولقد افترضا بأن المشكلات الادراكية – مع أنه لم يثبت ذلك بالضبط – هي مشكلات عضوية، وتنتج عن عدم قيام الجهاز العصبي المركزي لدى الطفل بوظائفه ، وعما يلحق الدماغ من إصابة أو تلف، وقد تكون إصابة الدماغ وراثية أو ناتجة عن إصابة أو مرض. ومع ذلك فإن افتراض إصابة الدماغ البسيطة جداً So Minimal قد يصعب تحديد موقعها واكتشافها بشكل مباشر .

وهناك توجه كبير إلى احتمال أن تكون صعوبات التعلم ناتجة عن أسباب عصبية طبية؛ مع أن معظم هذه التوجهات ليست أكثر من أفكار وتأملات لا تفيد كثيراً في التدخل العلاجي .

ولقد أشار صاموئيل كيرك Samul Kirk (١٩٦٣) قبل أكثر من عشرين عاماً بأن مصطلح "إصابة الدماغ" Brain Injured يحمل معنى قليلاً بالنسبة له وذلك من وجهة نظر إدارة التدريب. حيث لا يوضح لنا ما إذا كان الطفل ذكيا أو خاملاً ، أو ما إذا كان ذا نشاط زائد أم لا، إنه لا يقدم أية إشارة من شأنها أن تساعد في الإدارة أو التدريب . ولا يعتبر سبباً أساسياً ، إذ أن وصف الطفل على أن لديه إصابة دماغية لا يخبرنا حقيقة لماذا يعتبر الطفل مصاباً دماغياً. وقد انتقد آخرون استخدام مصطلحات مثل التلف الدماغي البسيط Minimal Brain Damage كمرض بدلاً من استخدامه كنموذج مضطرب Disorder model وقد اعتبر جالجر Gallagher (١٩٧٦) على سبيل المثال مصطلح التلف الدماغي البسيط (MBD) مصطلحا عديم الفائدة بالنسبة للتربويين، الذين يحتاجون لتشخيص تربوي ليساعدهم في التعامل مع الحاجات التربوية للأطفال .

وكبديل للتفسيرات الطبية العصبية، اقترح كيرك استخدام مصطلح صعوبات التعلم Learning Disabilities ليشمل أولئك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة، والكلام، والقراءة، ومهارات التواصل .

إن مسمى صعوبات التعلم - الذي لا يشير إلى أي سبب معين- أصبح أكثر مجالات الأطفال غير العاديين تطوراً خلال الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين. وأصبح مصطلح صعوبات التعلم يخدم كمظلة ينضوي تحته أولئك الذين تم تصنيفهم على أن لديهم تلفاً مخياً بسيطاً، وعسر القراءة Dyslexia، واضطرابات عصبية ، واضطرابات ادراكية ، ونشاط زائد .

ومنذ تقديم مصطلح صعوبات التعلم، لا يوجد إجماع حول الأنماط المحددة للسلوكيات والحالات التي تتضمنها تلك الفئة . وغني عن القول إن غياب محك دقيق للتشخيص، إلى جانب ما يحمله المصطلح من وصم منخفض نسبياً ، مكنه من أن يصبح نقطة التقاء لكثير من وجهات النظر المختلفة. وتؤلف صعوبات التعلم في الوقت الحاضر أكبر فئات الأطفال غير العاديين, ويشمل ما يقرب من ٤٠% من مجمل الأطفال غير العاديين الذين تم التعرف عليهم (كيوف Keogh ، ١٩٨٦) .

تعريف الحكومة الاتحادية لصعوبات التعلم

لقد تقدمت لجنة الإرشاد الوطني للأطفال المعوقين برئاسة كيرك عام ١٩٦٨بعدة توصيات حول صعوبات التعلم واقترحت تعريفاً له. ويشبه تعريفهم كثيراً ذلك التعريف الذي تبناه القانون الأمريكي العام ٩٤-١٤٢" قانون التربية لجميع الأطفال المعوقين لعام ١٩٧٥) The Education for All Handicapped Children Act of 1975 .

وينص التعريف على أن صعوبات التعلم الخاصة "عبارة عن اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية. والتي تتضمن فهماً أو استخداماً للغة، المنطوقة أو المكتوبة، والتي قد تظهر في عدم القدرة على الاستماع ، والتفكير ، والكلام، والقراءة، والكتابة، والتهجئة. أو إجراء العمليات الحسابية . ويتضمن المصطلح حالات مثل الإعاقات الادراكية، وإصابة الدماغ ، والخلل المخي الوظيفي البسيط، وعسر القراءة والحبسه الكلامية النمائية. والمصطلح لا يشمل أولئك الأطفال الذين يعانون من مشكلات في التعلم ناتجة أساساً عن إعاقات بصرية أو سمعية، أو بدنية، أو تخلف عقلي، أو اضطراب انفعالي أو انحراف بيئي أو ثقافي أو اقتصادي (سجلات الحكومة الاتحادية Federal Register ، ١٩٧٧) .

وبالإضافة إلى ذلك فقد أضيفت محكات عدم تحديد أهلية الطفل لمسمى صعوبات التعلم (أنظر مربع ٧-١) . وتتمثل إحدى تلك المحكات في التباين (التباعد) Discrepancy ما بين قدرة الطفل وتحصيله في واحدة أو أكثر من مجالات ؛ التعبير الشفهي والفهم المبني على الاستماع، والتعبير الكتابي ، ومهارات القراءة الأساسية ، والفهم القرائي، والعمليات الحسابية، والاستدلال Reasoning . أما المحك الثاني فيتمثل في الإستبعاد Exclusion ، وهذا يعني بأن التباين قد لا يكون ناتجا عن إعاقات حسية، أو تخلف عقلي، أو اضطراب انفعالي، أو انحراف بيئي، أو ثقافي، أو اقتصادي. وقد تبنت معظم الولايات تعريف الحكومة الاتحادية أو عدلته، ومع ذلك فهي تستخدم العديد من المعادلات لتحديد التباين الموجود بين القدرة والتحصيل .

مربع رقم (٧-١) محك الحكومة الاتحادية لصعوبة التعلم

أ- يقرر فريق التقييم بأن لدى الطفل صعوبة تعلم إذا :

١- كان تحصيل الطفل لا يتفق مع مستوى عمره وقدرته في واحدة أو أكثر من المجالات الواردة في الفقرة رقم (٢) من هذا الجزء . وذلك حين تقدم خبرات تعليمية مناسبة لمستوى عمره وقدرته .

٢- إذا وجد الفريق بأن لدى الطفل تباينا شديدا بين التحصيل والقدرة العقلية في واحدة أو أكثر من المجالات التالية :

- التعبير الشفهي .
- الفهم المبني على الاستماع
- التعبير الكتابي .
- مهارات القراءة الأساسية .
- الفهم القرائي .
- إجراء العلميات الحسابية .
- الاستدلال الرياضي .

ب- قد لا يحكم الفريق بأن لدى الطفل صعوبة تعلم إذا وجد بأن التباين الشديد بين القدرة والتحصيل ناتج في الأساس عن :

١- إعاقة بصرية ، أوسمعية، أو حركية

٢- تخلف عقلي .

٣- اضطراب انفعالي .

٤- انحراف بيئي ، أو ثقافي ، أو اقتصادي .

تعريف بديل

لقد اقترحت تعريفات أخرى حديثة لصعوبات التعلم فعلى سبيل المثال، اقترحت اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم -التي تمثل مجموعات عديدة من المدافعين عن صعوبات التعلم - تعريفاً بديلاً وذلك لتقليل ما يوجد من ارتباك وتقديم توضيح إضافي لبعض عناصر التعريف (هامل وأخوون Hammill, et al ، ١٩٨١) . ولقد اعترفت هذه المجموعة بأن عدم تجانس الفئات التي تُشكل صعوبات التعلم تظهر من خلال " صعوبات دالة في اكتساب واستخدام الاستماع، والكلام، والقراءة، والكتابة، والاستدلال، والقدرات الحسابية ، وقد عاد التعريف للتأكيد على تفسير أسباب صعوبات التعلم وذلك بالإشارة إلى أن الصعوبات ناتجة عن عوامل داخلية لدى الفرد، ويفترض أنها تنتج عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي. وأشار التعريف أيضاً إلى أن صعوبات التعلم قد تحدث وتجتمع مع الإعاقات الحسية، والتخلف العقلي، والاضطراب الاجتماعي والانفعالي، وتتأثر بالعوامل البيئية ولكنها لا تنتج عنها .

الانتقادات الموجه لتعريفات صعوبات التعلم

لقد وجه البعض نقدهم مباشرة إلى العبارة الخاصة باستبعاد الإعاقة كسبب في الصعوبة، فقد لاحظ هالهان وكوفمان Hallahan and Kauffman (١٩٧٧) على سبيل المثال أنه " كلما دعت الضرورة للقول : بأن شيئاً ما غير عادي؛ هنا يتعين علينا أن نقول أيضاً ، ما أوجه الشك أو الارتباك الذي يمكن أن يحدث حول مدى تأكد من قدم التعريف من ماهية المشكلة التي يتحدث عنها بالضبط " وكما سبق وأن أشرنا ، فحين يظهر الطفل مشكلات تعليمية وسلوكيه، فغالباً ما يكون من

الصعوبة بمكان تحديد أي منهما سبب للآخر، ونرى أنه بدلاً من استخدام العبارات التي تستبعد الطلاب الذين يعانون من اضطرابات انفعالية، وتخلف عقلي، وانحرافات بيئية، فقد يكون من المفيد التفكير في ضوء الإعاقة الأولية أو الأساسية. والسؤال الأهم هو ذلك الذي يهتم بأوجه الأداء الوظيفي للطفل (التعلم الأكاديمي، السلوك الاجتماعي، التكيف الانفعالي، القدرة العقلية .. الخ) والتي تؤثر كثيراً في الأداء المدرسي. فحين يتم التعرف على هذه الجوانب ، عندئذ فقط يمكن إعداد أساليب التدخل والإجراءات العلاجية وتنفيذها.

خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم

وفقاً لما توصل إليه الباحثون في مؤسسة منسوتا لصعوبات التعلم" فبعد خمس سنوات من المحاولة، لا نستطيع وصف الطلاب الذين يطلق عليهم ذوي صعوبات التعلم، وأن وصفنا لهم يفتقر كثيراً للدقة" . ونحن نعتقد أن أفضل ما يمكن به تعريف صعوبات التعلم هو " بأي شيء يرغب المجتمع أن تكون عليه صعوبة التعلم . أو يحتاج المجتمع أن تكون عليه، أو سوف يسمح لها أن تكون في أي وقت من الأوقات (يسلديك وآخرون Ysseldyke, et al ، ١٩٨٣) . وقد قادهم بحثهم إلى الاستنتاج بأن الطلاب ذوي صعوبات التعلم هم أولئك الذين يعانون من صعوبات أكاديمية، والذين يسببون مضايقات (وأوجه إزعاج) كبيرة لمعلمي الفصل العادي، والذين تم استبعادهم من الدمج التربوي بعد أن صنفوا وأطلق عليهم مسميات غير مقبولة اجتماعية . وسوف نناقش فيما يلي بعض المشكلات التعليمية والسلوكية، والسلوك الاجتماعي المضطرب ، والعمليات التي تؤدي إلى وصف الطلاب وتصنيفهم باعتبارهم من ذوي صعوبات التعلم.

انماط مشكلات التعلم

القراءة Reading

إن معظم الطلاب ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات في القراءة ، ويستخدم مصطلح "عسر القراءة" Dyslexia عادة للإشارة إلى الصعوبات الواضحة والمستمرة في تعلم عناصر الكلمات والجمل، والقدرة على تنظيمها في نماذج أخرى؛ مثل التحدث عن الوقت واتباع التعليمات (براين وبراين Bryan and Bryan ، ١٩٧٨) . وتعد مشكلات التهجئة، وعلامات الترقيم، والنحو (القواعد) من أكثر المشكلات اللغوية لدى كثير من الطلاب ذوي صعوبات التعلم وتؤثر في قدرتهم على القراءة والكتابة .

اللغة Language

تمثل مشكلات استقبال اللغة (الفهم)، واللغة التعبيرية (الإنتاج اللفظي) مجموعة عامة أخرى من مشكلات التعلم. ولقد أعد كيرك ومكارثي وكيرك , Kirk McCarthy & Kirk(١٩٦٨) اختبار الينوي للقدرات النفسية اللغوية ، Illinais Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA) لتشخيص مشكلات الطلاب اللغوية. ويشتمل اختبار الينوي هذا على عدة مقاييس فرعية تستخدم للتعرف على مشكلات لغوية معينة وكذلك وصف استراتيجية العلاج المناسبة . ورغم أن الأساليب النفسية اللغوية كانت شائعة لعدد من السنوات، إلا أن علاقة بعض القدرات النفسية اللغوية والأداء الأكاديمي كانت موضع تساؤل (ارتر وجنكنز Arter and Jenkins, ، ١٩٧٩؛ ستيرنيري وتايلور Sternbery and Tayler ، ١٩٨١) .

الرياضيات Mathematics

لم تلق صعوبات التعلم في الرياضيات الانتباه والاهتمام الذي لاقته مجالات أخرى، ومع ذلك يعاني كثير من الطلاب مشكلات في إجراء العمليات الحسابية وفي الفهم، وتشتمل تلك المشكلات على صعوبات في العلاقات المكانية والحجم والخلط بين اليمين – واليسار . وتشتت الانتباه ، والتثبيت Perseveration (التكرار المفرط أو صعوبة الانتقال والتحول من عملية إلى أخرى) وفهم الرموز ، والتفكير المجرد .

المهارات الادراكية والحركية

تمثل الاضطرابات الحركية الكبيرة، والدقيقة والاضطرابات الادراكية – الحركية نمطاً آخر من صعوبة التعلم، وتتضمن مهارات الحركة الكبيرة تناسق الحركات مثل المشي ، والركض، ولعب الكرة. أما المهارات الحركية الدقيقة فتشتمل على أنشطة من مثل الكتابة والقطع بالمقص. وتشتمل مهارات الإدراك الحركي على تلك الأنشطة التي تتطلب تآزر العين واليد ؛ مثل نسخ النماذج أو تتبعها ، ومهارات الإدراك السمعي التي تشتمل على قدرات كالتمييز بين الأصوات.

ولقد تم ربط اضطرابات الذاكرة السمعية أو البصرية بالصعوبات الأكاديمية. فالأطفال الذين يعانون من صعوبة تذكر ما سبق أن تعلموه ، (مثل قراءة الأعداد شفوياً بشكل متسلسل، أو قراءة نص مكتوب في الكتاب) قد تكون لديهم اضطرابات في الذاكرة . فبعض الطلاب لا يستطيعون استرجاع المعلومات التي

سمعوها أو شاهدوها حديثاً ، في حين يعاني البعض الآخر من صعوبة في تذكر المعلومات السمعية والبصرية التي مرت بهم منذ وقت طويل .

وبرغم أن الصعوبات الادراكية قد يبدو أنها تشير إلى إعاقات حسية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، إلا أن قدراتهم الحسيه في حقيقة الأمر تُعد سليمة. فقدرتهم البصرية ، والسمعية ، وبقية الحواس عادية؛ ولكنهم مع ذلك قد يواجهون صعوبات في معالجة Processing ماذا يشاهدون وماذا يسمعون . وهذا من شأنه أن يدفعنا إلى افتراض وجود المشكلات الادراكية المحتملة لتفسير صعوبات التعلم. وبسبب فشل العلاج المباشر للعمليات الأساسية للتعلم الأكاديمي؛ فقد اتضح أن التدريس المباشر في المجالات الأكاديمية (مثل القراءة والرياضيات واللغة المنطوقة والمكتوبة) كان أكثر فعالية في العلاج. وسوف يتم تناول التدريس المباشر بشكل أكثر تفصيلاً لاحقاً في هذا الفصل .

اضطرابات ضعف الانتباه والنشاط الزائد

لقد لاحظنا في الفصل الخامس بأن دليل تشخيص الاضطرابات النفسية واحصائها (DSM-III) للجمعية النفسية الأمريكية قد استخدم مصطلح اضطرابات ضعف الانتباه Attenition Deficit Disorders (ADD) كأحد فئات السلوك المضطرب ، وهذا شبيه باستخدام المعلم لصعوبة التعلم. ويعتبر ضعف الانتباه وتدني القدرة على التوجه نحو المهمة والتركيز عليها من الخصائص المميزة لكثير من الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ولكن دليل تشخيص الاضطرابات النفسية واحصائها (DSM-III) يميز بين ثلاثة أنماط – مع نشاط زائد ، وبدون نشاط زائد. وبقايا نشاط زائد , وهكذا فإن بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه

(ADD) يعتبرون أيضاً ذوي نشاط زائد، في حين لا يعتبر البعض كذلك، وبالإضافة إلى هذا فإن بعض الأطفال قد يتخلصون من النشاط الزائـد، ولكنـهم لا يزالـون يعانون من أثاره المتبقية .

خصائص النشاط الزائد

يرجع النشاط الزائد إلى مجموعة من المشكلات الأخلاقيـة Conduct التـي تميل لأن تحدث معاً، وهذه المشكلات هي النشـاط الزائـد Hyperactivity (فـرط النشاط الحركي) والاندفاعية Impulsivity (التصرف دون تقدير للعواقب) والقابلية لتشتت الانتباه Distractibility (أو عدم الانتباه للمثيرات المناسبة) . وقد أشـار جيمس كوفمان Jemes Kuaffman (١٩٨٦) إلى أن أنماط السـلوك هـذه تعكـس أحكاماً حول المستويات المناسبة للنشاط ، والانتباه ، وضبط السلوك . وبالتـالي فإن تحديد النشاط الزائد يرتبط بتوقع معرفة ما هو السلوك المناسـب نمائيـاً أو عمرياً وذلك في مواقف معينة .

ويعاني الأطفال الذين يوصفون بأن لديهم نشاطاً زائداً من عدم القدرة علـى التحكم في حركاتهم الجسمية، وفي الانتباه، والاستجابات الاندفاعية. ولهذا نجـد أن أعراض النشاط الزائد تتنوع وفقاً لعمر الطفـل وظـروف الموقـف . ومـن المظاهر السلوكية الشائعة لهذه المشكلة العناد، وصعوبة الانقياد، وحدة الطبـع، وتقلب المزاج، وتدني مفهوم الذات وانخفاض القدرة على التحمل .

وفي المدرسة يبدو أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يعـانون مـن صعوبـة التركيز على المهمة، ومن صعوبة التنظيم ، وإنجاز أعمالـهم المدرسـية، كمـا

نجدهم يعانون من القلق بشكل مفرط، ويتحدثون باندفاعية ، ويتركون مقـاعدهم دون إذن. ومن الواضح أن مجموعة السلوكيات هذه لها انعكاساتها علـى الأداء الأكاديمي وعلى السلوك الاجتماعي كذلك (كيوف Keogh ، ١٩٧١) . وفي كثـير من الفصول الدراسية نتوقع من هؤلاء الأطفال الجلوس لفترة زمنية طويلة نسبياً، والانتباه للمهام التعليمية ، واتباع التعليمات، واكمال الأعمال أو الواجبات . وقـد يواجه هؤلاء الأطفال أيضاً مشكلات خارج المدرسـة، وقـد نجدهـم لا يتبعـون تعليمات الوالدين أو يصرون على أداء أنشطة تعتبر مناسبة لأعمارهم فقط .

نسبة الانتشار Prevalence

أن نسبة انتشار اضطرابات ضعف الانتباه (ADD) قد ترتفع لتصل إلى ١٠% من مجموع طلاب المدارس (جادو Gadow ، ١٩٧٩) مع أن دليـل تشـخيص الاضطرابات النفسية واحصائها (DSM-III) قدر النسبة بـ٣% فقـط . وقـد تـم تصنيف الأطفال ذوي النشاط الزائد جيدا في فئات تشخيصية أخرى، فقـد أشـار روس Rose (١٩٧٤) على سبيل المثال إلى أن ثلث الاضطرابات النفسية التي تم تشخيصها لدى أطفال المدارس تشتمل على نشاط زائد، وإن نسـبة كبـيرة مـن الطلاب الذين يخدمون ضمن برامج صعوبات التعلم L.D ، وبرامج الاضطرابـات السلوكية BD يعتبرون ذوي نشاط زائد من قبل معلميـهم (سـندلر Sindelar ، ١٩٨٥) . ففي برامج صعوبات التعلم اعتبر المعلمون ما بيـن ٣٠-٤٠% مـن الطلاب ذوي نشاط زائد في حين اعتبر المعلمـون فـي برامـج الاضطرابـات السلوكية ما بين ٥٠-٦٠% من الطلاب ذوي نشاط زائد .

الأسباب

لقد افترضت العديد من العوامل المسببة للنشاط الزائد (جونسون Johnson، ١٩٨١). ومع أن تحديد أثر بعض العوامل الجينية المسببة غير معروف، فإن هناك نسباً أعلى للنشاط الزائد– كما هو الحال لبعض أنماط أخرى من السلوك المشكل – بين أقارب الدرجة الأولى Close Relatives للأطفال ذوي النشاط الزائد (ماكماهون McMahon، ١٩٨٠) . فقد اتضح في إحدى الدراسات أن ٢٠% من الأطفال ذوي النشاط الزائد كان أحد والديهم يعاني من نشاط زائد مقارنة بنسبة ٥% فقط للأطفال العاديين (موريسون وستيوارت Morrison and Stewart ، ١٩٧١) . واتضح أيضاً أن الأسر التي تضم أطفالا ذوي نشاط زائد تعاني كذلك من ارتفاع نسبة المدمنين ومن يعانون من الاكتئاب، والفصام Schizophrenia (جونسون Johnson، ١٩٨١) .

وبالطبع فإن البيئات الأسرية التي تحدث فيها اضطرابات الشخصية تؤثر في سلوك الأطفال وتكيفهم . وقد تم التوصل إلى بعض الأدلة من خلال دراسات للنشاط الزائد أجريت على التوائم، وعلى الوالدين الطبيعيين والوالدين بالتبني ساعدت في توضيح دور الوراثة في هذه المشكلة. فعلى سبيل المثال اتضح أن نسبة التماثل في النشاط كانت أعلى لدى التوائم المتماثلة منها لدى التوائم المختلفة أو المتآخية (لوبز Lopez ، ١٩٦٥) . فحين يكون لدى أحد التوائم المتماثلة نشاطاً زائدا، فمن المرجح أن يكون لدى التوأم الآخر أيضاً نشاطاً زائداً، وذلك بمعدل أكبر مما هو لدى التوائم غير المتماثلة ، ولقد قارن البرتس – كورش وآخرون Alberts-Corush, et al (١٩٨٦) والدين طبيعيين ووالدين بالتبني لمجموعة من الأطفال الذين شخصت حالتهم على أن لديهم نشاطاً زائداً طبقا

لمحكات دليل تشخيص الاضطرابات واحصائها (DSM-III) ، ووالدي أطفال عاديين ليس لديهم نشاطاً زائداً. وقد أظهر الأباء الطبيعيون للأطفال ذوي النشاط الزائد ضعفاً أكبر في الانتباه مما أظهره الوالدان بالتبني للأطفال ذوي النشاط الزائد أو والدا الأطفال العاديين .

ولقد تناولت بحوث أخرى أثر العوامل العضوية ، مثل الحمل وتعقيدات الولادة، والتشوهات الجسمية البسيطة ، والتخطيط الكهربائي غير العادي للمخ (EEG) والاشارات العصبية (من مثل مشكلات التآزر ، واضطرابات الكلام)، وبرغم أن جميع هذه العوامل قد تم ربطها من قبل بعض الباحثين بالنشاط الزائد، فلم يرتبط أي منها بالعرض المرضي Syndrome، بشكل واضح وجلي(جراهام واخرون Graham, et al ، ١٩٧٣ ؛ ستيوارت واولدز Stewert and Olds ، ١٩٧٣) في حين تلقى البعض تعزيزا اجتماعيا من خلال الانتباه لمستويات النشاط العالية. وحيث أن كثيراً من أباء الأطفال ذوي النشاط الزائد لديهم أيضاً نشاطاً زائداً، فإن التعلم بالملاحظة من قبل الأطفال لأنماط سلوكية معينة قد يلعب دوراً أيضاً في هذا الصدد . لكن لابد من الإشارة إلى ما توصل إليه البرتس – كورش وآخرون من أن التعلم بالنموذج والتعزيز ليست تفسيرات كافية للنشاط الزائد لدى جميع الأطفال .

وقد حاول البعض الربط بين عدة عوامل بيئية ؛ مثل التسمم بالرصاص والمواد الكيماوية المضافة للطعام وضعف الانتباه ألمصحوب بالنشاط الزائد . إذ وجد ديفيد وآخرون David et al (١٩٧٢) على سبيل المثال أن لدى بعض الأطفال ذوي النشاط الزائد مستويات عالية من الرصاص في الدم مقارنة بالمجموعة الضابطة من الأطفال العاديين. وقد ذهب فينجولد وآخرون Feingold et al ، ١٩٧٦) إلى أن النشاط الزائد له ارتباط بالسلع الغذائية وما يضاف

إلي كثير من الأطعمة من نكهات صناعية، وألوان، ومواد حافظة. وفـــي بعــض الدراسات المبكرة حيث تم استبعاد مثل هذه العناصر من غـــذاء الأطفـــال بشـــكل منظم، أورد الوالدان حدوث تحسن في سلوك أطفالهم. ولكن وكما لاحظنا سلفاً في الفصل الخامس ، لم تقدم الدراسات التجريبية أدلة مقنعة لدعم افتراضات فينجولد (كافال وفورنس Kavale and Focness، ١٩٨٥) .

ولعل هذا يجعلنا نخرج باستنتاج عام مؤداه أنه توجد عوامل متعددة يمكـــن أن تسهم في النشاط الزائد، وفي جميع الحالات ليست هنـــاك مســـببات واضحـــة للنشاط الزائد، وأن معرفة السبب قد يسهم بدرجة قليلة في خطة العلاج .

التكيف على المدى الطويل

لقد حظيت حالة الأطفال ذوي النشاط الزائد على المدى البعيد باهتمام كبـــير حيث كان الافتراض الشائع أن النشاط الزائد يتطور ويزداد لدى بعـــض هـــؤلاء الأطفال, وفي مراجعة لنتائج الدراسات توصل هيتشمان ويـــس Hechtman andd Weiss، (١٩٨٣) إلى أن معظم الأطفال ذوي النشاط الزائد يستمرون في إظـــهار أعراض متعددة في مرحلة المراهقة والرشد المبكر. ولقد أظهرت عدة دراسات أن المراهقين يستمرون في إظهار مشكلات أكاديمية كبيرة، بالإضافة إلى مشكلات في السلوك الاندفاعي، وتشتت الانتباه وانخفاض تقدير الذات. ويستمر الوضع إلـــى مرحلة الرشد المبكر، ومع ذلك فقد اتضح أن بعض أولئك الذين يعانون من نشـاط زائد يقومون بوظائفهم بشكل عادي، ولكن كثيراً منهم قد يســـتمر فـــي إظـــهار مهارات اجتماعية أضعف، وتحصيل أكاديمي منخفض، ودافعيـــة أقـــل ، وعـــدم استقرار انفعالي ، وحدة الطبع، وانخفاض تقديـــر الـــذات مقارنـــة بالمجموعـــة

الضابطة ممن لا يعانون من نشاط زائد. وتعاني مجموعة قليلة نسبياً منهم مـــن مشكلات شديدة ضد المجتمع، تتضمن الذهان Psychoses ، والاكتئـــاب ، وســـلوك الانتحار، وإساءة استخدام المواد المخدرة (هيتشـــمان ووبـــز Hechtman , and Weises، ١٩٨٣) .

العلاج بالعقاقير (الأدوية) Drug Treatment

يكمن العلاج الشائع للنشاط الزائد في وصف العقاقير المنبهة أو المنشـــطة للجهاز العصبي المركزي، مثل ريتالين Ritalin (مركب يستعمل كمنوم) ودكسدرين Dexedrine وسيلرت Cylert . ويعتبر علاج النشاط الزائد باستخدام العقاقير موضع جدل وخلاف، حيث يدافع البعض عن فوائده، وينتقد البعض الآخر استخداماته مع الجميع دون تمييز بصورة غير مضبوطة. ويذهب المنتقـــدون إلـــى أن العقـــاقير سهله الوصف ، وأن الجرعات غالباً ما تكون كبيرة جدا، وأن من الصعب مراقبـــة تأثيراتها وأثارها الجانبية بدقة.

وقد تناولت بعض الدراسات فاعلية العقاقير وبشكل خاص الريتـــالين فـــي ضوء أداء الطلاب على مقاييس متعددة، إذ قارنت بعض الدراسات الأطفـــال ذوي النشاط الزائد الذين تم معالجتهم مع الأطفال الذين لم تتم معالجتـــهم (مثـــل ريـــد وبوركوسكي، Reid and Borkowski ، ١٩٨٤ ؛ وري وأخرون Rie, et al ، ١٩٧٤) وقارن البعض العقاقير مع اجرءات علاجية أخرى، وبشكل خاص تعديل الســـلوك (ســـبرجر Sprague ، ١٩٨٣ ؛أولـــيري Oleary ، ١٩٨٠؛ باكمـــان وفايرســـتون Backman and Firestone ، ١٩٧٩) . وقد أظهرت الدراسات بشكل عام أن العقاقير يمكن أن تكون فاعلة مع كثيراً من الأطفال ذوي النشاط الزائد من خـــلال تقليـــل مستوى النشاط، والإزعاج والفوضى، وتشتت الانتباه، وزيادة تركيز الانتباه .

ولكن لا يبدو أن العلاج باستخدام العقاقير قد أدى إلى تحسن القدرة على التعلم والتحصيل الأكاديمي للأطفال ذوي النشاط الزائد بشكل مستمر (ري وأخرون Rie, et al، ١٩٧٦ ؛ لامبرت وآخرون Lambert , et al ، ١٩٧٦؛ باركلي وكننجهام Barkly and Cunningham ، ١٩٧٨) . ورغم أن العلاج بالعقاقير قد يبدو " أسهل " وأن تأثيرة مباشر ، إلا أن فوائدة على المدى البعيد قليلة (فايرستون وآخرون Firestone, et al، ١٩٨٦) ، إذ أن أساليب تعديل السلوك ، كالتي تم مناقشتها في الجزء الثاني يبدو أنها أكثر فاعلية في تحسين الأداء الأكاديمي (أيلون وآخرون Ayllon< et al، ١٩٧٥) .

ولقد تم التمييز بين أنماط النشاط الزائد والإجراءات العلاجية المستخدمة معها، فقد قدمت باربرا كيوف Barbara Keogh (١٩٧١) على سبيل المثال ثلاث فرضيات لتفسير الصعوبات الأكاديمية للأطفال ذوي النشاط الزائد؛ إذ تعاني المجموعة الاولى من اضطرابات عصبية، وتعاني المجموعة الثانية من مشكلات في معالجة المعلومات بسبب زيادة النشاط الحركي، أما الثالثة فاندفاعية حيث يؤثر ذلك على اتخاذ القرار وزمن الاستجابة. وتعتقد كيوف أن المجموعة الأولى فقط هي التي يمكن أن تستفيد من العلاج بالعقاقير .

وحتى لو ساعد الدواء الأطفال ذوي النشاط الزائد على تركيز انتباههم بشكل أفضل، فإن المشكلات التعليمية غالباً ما تستمر. فالطالب المسجل في الصف الرابع ولديه مهارات طالب في الصف الأول فقط، سوف لا يستطيع أن يقرأ فجأة في مستوى الصف الرابع لمجرد أنه أصبح قادراً على الانتباه لكتاب الصف الرابع بشكل أفضل . فالطفل الذي فشل في المدرسة ، والذي يعانى من الألم والإحباط في علاقاته مع الآخرين سوف لن يُغير بشكل تلقائي اتجاهاته السلبية نحو نفسه نظراً لكونه أصبح أكثر قدرة على الانتباه لفترة زمنية أطول (ساندوفال وآخرون Sandoval, et al ، ١٩٨١) .

التأثيرات الجانبية

لقد راجع جادو Gadow، (١٩٧٩) التأثيرات الجانبية للعقاقير المنبهة، واتضح أن من بين تلك التأثيرات وأكثرها شيوعا فقدان الشهية والأرق. مع أنه يمكن تجنب الأرق إذا تجنبنا إعطاء الدواء في وقت متأخر من اليوم. ومن التأثيرات أيضاً الصداع ، وألم المعدة، والدوخة، وزيادة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وتقلب المزاج، والدوار (الغثيان) ، وسرعة الغضب والانفعال، وعدم الرغبة في الكلام. وقد اتضح أن انخفاض مستوى النشاط لدى بعض الأطفال كان كبيراً ، وان بعضهم كان يكتسب مظهراً حيوياً. أن الاستخدام الطويل لعقار الريتالين والدكسدرين قد صوحب أيضاً انخفاض الوزن والنمو في الطول. وبرغم ذلك نلاحظ زيادة في النمو حين يتم وقف تناول العقاقير. وقد يعاني بعض الأطفال الذين يتناولون العقاقير من ردود فعل عكسيه، ويظهرون حتى بأنهم أكثر انفعالاً ونشاطاً حين يتم إيقاف تناولهم الأدوية .

وقد عبر البعض عن قلقهم بسبب أحد التأثيرات الجانبية طويلة المدى لاستخدام العقاقير والذي يتمثل في ميل (تعود) الأطفال ذوي النشاط نحو إساءة استخدام تلك العقاقير لاحقاً (إدمان). ومع ذلك فقد أوضحت إحدى الدراسات التتبعية للأطفال ذوي النشاط الزائد كراشدين كبار، بأنهم لم يكونوا يستخدمون العقاقير دون وصفات طبية مقارنة بالمجموعات الضابطة من غير ذوي النشاط الزائد (هيتشمان وآخرون Hechtman , et al ، ١٩٨٤) . وكانت المواد المخدرة (مثل الكحول والمارجوانا) الاستثناء الوحيد حيث كانا يستخدمان بشكل منتظم من قبل أعداد كبيرة من أفراد كلا المجموعتين. أما استخدام العقاقير المنبهة أو

المنشطة، وحبوب الهلوسه، والكوكايين والهيروين فكان استخدامها أكثر ارتفاعاً بين الكبار الراشدين ذوي النشاط الزائد .

إن أحد المخاطر المحتملة لاستخدام العلاج بالعقاقير، أنه قد ينظر إليه البعض مثل الوالدين ، والمعلمين ، والأطباء على اعتبار أنه دواء للنشاط الزائد وما يرتبط به من مشكلات التعلم، فحين يُلاحظ تحسن في السلوك، فقد لا يلجأون لاستخدام أساليب تدخل علاجية سلوكية ، أو أكاديمية إضافية . وفي دليل للمعلمين حول استخدام الدواء، ذكر جادو Gadow(١٩٧٩) " أن الأدوية لن تعلم الطفل أي شيء... فمن المؤكد أنه بدون التدريس العلاجي، فإن الأدوية قد لا تسهل الأداء المدرسي" . ولا شك أن علاج النشاط الزائد يتطلب استخدام أكثر من أسلوب واحد. فالأدوية ، وتعديل السلوك ، الذي يركز على أساليب ضبط النفس، والعلاج الأكاديمي المباشر، وإرشاد الطفل والأسرة قد تلعب جميعها دوراً في علاج النشاط الزائد (باكمان وفايرستون Backman, and Firestone، ١٩٧٩) .

ويبدو أن هناك استخداماً واسعاً للعقاقير المنبهة أو المنشطة Psychotropic drugs والتي بدورها تؤثر على السلوك وبشكل خاص منشطات الجهاز العصبي المركزي للأطفال والمراهقين ممن لديهم نشاطاً زائداً . وهناك من الأدوية ما يؤثر في بعض السلوكيات ومن بينها الأدوية المضادة للاكتئاب ، والمضادة للذهان والليثيوم (عنصر كيماوي مرتبط بالصوديوم ، أظهر بعض الفعالية في التخفيف من أعراض الهوس)، وهي قليلة الشيوع، ولكن يتم وصفها أحياناً لبعض الاضطرابات مثل الاضطرابات النمائية العامة. ولقد اقترح أبشتين وأولنجر Epstein and Olinger(١٩٨٧) عدة ارشادات للعاملين في المدرسة ممن يعملون مع الطلاب الذين يستخدمون العقاقير المنبهة للسلوك، وتتضمن تلك الإرشادات الأمور التالية :

- أن يصبح على معرفة بالأدوية .

- اتباع سياسة المدرسة في ضبط الأدوية أثناء اليوم الدراسي .

- تطوير نظام اتصال مع الأطباء والوالدين .

- جمع المعلومات السلوكية قبل ، وأثناء ، وبعد العلاج بالعقار .

- مراقبة التأثيرات الجانبية .

- استخدام اسلوب مجموعات الوالدين لتدريبهم على مهارات تعديل السلوك .

- مناقشة العلاج مباشرة مع الطلاب .

اضطرابات التعلم وغيره من المشكلات

أنماط السلوك

تتضمن نتائج الدراسات باستمرار مقارنات بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم، والمضطربين سلوكياً، والمتخلفين عقليا القابلين للتعلم وغير ذلك من فئات الإعاقة الأخرى. وقد قارن مكارثي وباراسكيفوبولوس McCarthy and Paraskevopoulos، (١٩٦٩) أنماط السلوك التي تظهر لدى الطلاب، ذوي صعوبات التعلم والمضطربين انفعالياً ومجموعة العاديين الضابطة . وقاموا بفحص تقديرات المعلمين على ثلاثة أبعاد من قائمة المشكلات السلوكية لكوي – بترسون Quay Peterecson Barior Prablem Checklist والمتمثلة في العدوانية غير الاجتماعية،

وعدم النضج / عدم الكفاية، ومشـــكلات الشـــخصية . وقــد رأى المعلمــون أن العدوانية غير الاجتماعية التي تتصف بسلوكيات مثل عـــدم الراحـــة، المقاطعــة والإزعاج، والمشاحنات هي أكثر المجالات التي تظهر فيها مشكلات الطــلاب ذوي صعوبات التعلم والمضطربين سلوكيا . وقد أشارت التقديـــرات إلـــى أن ســـلوك الطلاب المضطربين انفعاليا كانت أكثر انحرافاً وبدرجة دالة مقارنة بـــالطلاب ذوي صعوبات التعلم على الأبعاد الثلاثة . في حين كانت سلوكيات ذوي صعوبات التعلم أكثر انحرافاً على كل مقياس فرعي مقارنة بالطلاب العاديين. وقد أعطـــــى تلــك التقديرات معلمون كانوا على وعي ومعرفة جيدة بتشخيص حالات طلابهم، ومـــع ذلك لم يتضح كيف تاثر المعلمون بمعرفة تلك المســـــميات Labels . وقــد وجــدً باحثون أخرون أيضاً أن المعلمين قد حكموا على الطلاب المضطربيـــن ســلوكيا بأنهم كانوا أقل تكيفا من أقرانهم ذوي صعوبات التعلم والمتخلفين عقليا القـــابلين للتعلم (كولينان وآخرون Cullinan , et al ، ١٩٧٩) . //

وقد اتضح وجود اختلافات أيضاً في معدل حدوث ســـلوكيات معينـــة يتــم ملاحظتها بغرفة الدراسة باستمرار مـــن قبـــل الطـــلاب ذوي صعوبـــات التعلـــم والمضطربين انفعاليا، فقد لاحظ بـــار ومـــاكدويل Barr and McDowell (١٩٧٢) سلوكيات مثل الخروج من المقعد ، والاتصال الجسدي السالب، والألفاظ البذيئـــة لدى مجموعات متماثلة من الطلاب المضطربين انفعالياً وذوي صعوبـــات التعلـــم المتواجدين في فصول خاصة. وقد أظهر الطلاب المضطربـــون انفعاليـــاً اتصـــالا جسدياً سلبياً وألفاظاً بذيئة بدرجة أكبر ، مع أن خروجهم من المقعد لم يكن كثيراً بدرجة دالة .

وقد ظهر أن الاختلافات في السلوك المنحرف للطلاب ذوي صعوبات التعلـــم المضطربين سلوكيا ترتبط بمستوى العمر والوضع التعليمي . وقد قارن ســـــندلر

وآخرون Sindelar , et al (١٩٨٥) أحكام المعلمين لعدد من طلابهم الذين أظـــهروا خمسة أنماط من السلوك المنحرف مثل الانسحاب ، والقلق ، والنشاط الزائـــد ، والعدوانية ، والكذب، والغش، والسرقة. وقد لوحـــظ أن الطـــلاب المضطربيـــن سلوكيا كانوا أكثر ممارسة للسلوكيات الخمسة، مع تأثر ذلـــك بعمرهـــم الزمنـــي ووضعهم التعليمي ، وبصورة عامة فقد لوحظ ارتفـــاع عـــدد طـــلاب المرحلـــة المتوسطة وأولئك الذين يدرسون في برامج الفصول الخاصة الذيـــن يمارســـون سلوكيات مضطربة مقارنة بطلاب المرحلة الابتدائية وبرامج غرفة المصادر . وقد أوضحت الدراسات التي سبق ذكرها أن الفروق الســـلوكية بيـــن الطـــلاب ذوي صعوبات التعلم والمضطربين سلوكيا هي فروق كمية أكثر من كونها نوعيـــة أو كيفية. وهذا يعني أن نفس أنماط السلوك المشكل تظهر لدى كـــلا المجموعتيـــن، ولكنها قد تكون أكثر وضوحاً لدى الطلاب المضطربين سلوكياً منـــها لـــدى ذوي صعوبات التعلم.

الذكاء والتحصيل الدراسي

قد يبدو من الصعب تحديد الاختلافات في أداء المهام العقلية والتحصيل بين مجموعات الطلاب من ذوي صعوبات التعلم والمضطربين سلوكياً. وقد وجد العديد من الباحثين أن نسبة ذكاء الطلاب ذوي صعوبات التعلم تقع مـــا بيـــن ٩٥-٩٩ وهي تماثل إلى حد كبير نسبة ذكاء أولئك الطلاب المضطربين ســـلوكياً (كافـــال وفورنيس Kaval and Forness، ١٩٨٤) . وقارنت جاجـــار Gajar (١٩٧٩) بيـــن ثلاث مجموعات من الطـــلاب المضطربيـــن انفعاليـــا، وذوي صعوبـــات التعلـــم، والمتخلفين عقليا القابلين للتعلم على مقاييس الذكاء والتحصيل. وقد وجـــدت أن

جميع الفئات الثلاثة قد حصلت على درجات ذكاء انخفضت عن المعايير العادية، وكان تحصيلهم منخفضا في القراءة والتهجئة، والحساب . ومع ذلك فقد ظهرت اختلافات بين المجموعات الثلاثة، فعلى سبيل المثال، كان الوسيط لدرجات ذكاء الطلاب المضطربين انفعالاً وذوي صعوبات التعلم أعلى بدرجة دالة من وسيط درجات الطلاب المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. ومع أن متوسط درجات الذكاء لكل من المضطربين انفعالياً وذوي صعوبات التعلم كان متماثلاً، إلا أن درجات ذكاء الطلاب ذوي صعوبات التعلم أظهرت انحرافاً أو تشتتاً أكبر بدرجة دالة على درجات الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر WISC-R من درجات أقرانهم المضطربين انفعالياً .

المقارنات الديموجرافية

لقد لاحظت جاجار (١٩٧٩) أيضاً بعض الاختلافات الديموجرافية بين مجموعات المضطربين انفعالياً، وذوي صعوبات التعلم، والمتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وكان من بين أكثر الأمور التي تم ملاحظتها وجود نسبة أعلى من الطلاب السود في عينة المتخلفين عقليا القابلين للتعلم (٥٣%) مما هي عليه لدى كل من عينة ذوي صعوبات التعلم (٢٧%) والمضطربين انفعالياً (١٨%) . وقد توقع البعض الآخر أيضاً أن يكون أطفال الأقليات ضمن المتخلفين عقلياً قابلين للتعلم بدرجة أكبر من تصنيفهم ضمن صعوبات التعلم (توكو Tucker ، ١٩٨٠) . وبتتبع الأصول العرقية للطلاب ضمن فئات التخلف العقلي القابلين للتعلم وصعوبات التعلم خلال السنوات الأخيرة من السبعينيات، وجد توكر أن طلاب الأقليات وبصفة خاصة السود منهم يمثلون النسبة الأكبر من مجموعة المتخلفين

عقليا القابلين للتعلم بشكل مطرد، وفي المقابل يمثل الطلاب البيض الأغلبية من مجموعة صعوبات التعلم .

وفي تحليل حديث لما طرأ على صعوبات التعلم من نمو منذ أواخر الخمسينات؛ أطلقت سليتر Sleeter (١٩٨٦) على صعوبات التعلم فئة " التركيبة الاجتماعية Socially Constructed " وقد ادعت أن هذه الفئة قد وجدت لتضم طلاب الطبعة الوسطى من البيض ممن لا يمكن إرجاع مشكلاتهم التعليمية لعامل الذكاء والعوامل البيئية والانفعالية؛ والاجتماعية الثقافية. وأكدت على أن العبارات التي يتضمنها تعريف صعوبات التعلم والتي تستبعد أولئك الأطفال الذين تنتج مشكلاتهم التعليمية عن مؤثرات بيئية قد أدت في الواقع إلى استبعاد كثير من أطفال الأقليات من فئة صعوبات التعلم .

ويرى هالاهان وكوفمان Hallhan and Kauffman (١٩٧٧) أن الفئات الثلاثة المتمثلة بالاضطرابات الانفعالية ، وصعوبات التعلم، والمتخلفين عقليا القابلين للتعلم لديها الكثير من الأشياء المشتركة، وأشارا إلى ثلاثة مجالات تربوية واسعة تمثل أهمية كبيرة لتلك المجموعات وهي التكيف الشخصي والاجتماعي ، وانخفاض مستوى التحصيل ، ونسبة الذكاء. واستنتج هالاهان وكوفمان أنه يوجد تداخل بين الفئات الثلاثة أكبر مما يوجد بينها من اختلاف؛ وتفاوت فالأطفال في الفئات الثلاثة يظهرون مشكلات في التكيف الاجتماعي والشخصي، ودرجات ذكاء دون المتوسط ، وتحصيل منخفض. وكبديل للمقاييس المقننة لتحديد الاحتياجات التربوية اقترحا القيام بقياساً مباشراً لأداء الطلاب على مهارات اجتماعية وأكاديمية محددة .

انخفاض مستوى التحصيل Underachievement

لقد رأى يسلديك وآخرون Ysseldyke, et al (١٩٨٢) أن المشكلات الأساسية لذوي صعوبات التعلم تتمثل بانخفاض التحصيل الأكاديمي. وفي دراسة أخرى قارنت بين الطلاب الذين صنفوا ضمن صعوبات التعلم والطلاب ذوي التحصيل المنخفض ولا يعانون من غير ذوي صعوبات التعلم على مقاييس متعددة تستخدم عادة في تشخيص صعوبات التعلم ، ظهرت بينهما فروقاً قليلة. وفي الحقيقة؛ فقد اتضح أن ٩٦% من درجات المجموعتين كانت متداخلة . وهذا يعني أن درجات ذوي التحصيل المنخفض كانت أكثر انحرافاً من بعض الطلاب ذوي صعوبات التعلم. واستنتج يسلديك وآخرون أن المدارس تصنف عدداً كبيراً جداً من الطلاب ضمن صعوبات التعلم وقد لا يكون لدى البعض منهم صعوبة تعلم حقيقية، أو قد تفشل في التعرف على كثير ممن ينخفض تحصيلهم والذين يجب أن يصنفوا ضمن صعوبات التعلم. وقد خلص هؤلاء الباحثون إلى أن حوالي ٤٠% من الطلاب قد يساء تصنيفهم .

وقد استخدم مقياس التكيف الشخصي والاجتماعي من قائمة السلوكات المشكلة لكوي – بترسون في دراسة يسلديك وآخرون (١٩٨٢) فظهر أيضاً وجود تداخل كبير في درجات بعض الأفراد في كل مجموعة. واتضح أن معدل درجات مجموعة صعوبات التعلم كانت ضعف معدل درجات ذوي التحصيل المنخفض تقريباً . وهكذا يبدو أن العامل الأساسي في التمييز بين الطلاب ذوي التحصيل المنخفض وذوي صعوبات التعلم يكمن في وعي المعلمين بالمشكلات السلوكية لدى المجموعة الأخيرة .

تقييم صعوبات التعلم

يجب أن يتبع التقييم الرسمي للطلاب الذين يُشك بأن لديهم صعوبة في التعلم الخطوات التي تمت الاشارة إليها في الجزء الأول من هذا الكتاب . ففي كل خطوة يجب أن تطرح اسئلة حول الاداء الوظيفي للطالب وعلاقته بالبيئة التربوية. فعلى سبيل المثال، يجب أن تفحص الخطوات الاولى للتقييم جوانب (مقومات) الوضع التربوي الحالي (مثل مناسبة التوقعات ، ومواد المنهج، والمؤثرات البيئية ، واستراتيجيات التقييم) التي من شانها أن تؤثر في الأداء الأكاديمي. أما الإجراءات الخاصة بمرحلة ما قبل التحويل، مثل تلك التي اقترحت في الفصل الثالث من الجزء الأول ، فيجب أن تطبق في الفصول العادية. أما إذا لم تكن تلك الإجراءات تلائم مشكلات التعلم، فيجب أن ينتقل التقييم إلى استخدام الإجراءات الرسمية. وهنا أيضاً يجب أن تكون أنماط المعلومات التي يتم جمعها من قبل فريق التقييم متعدد التخصصات حول الطلاب الذين تم تحويلهم بسبب المشكلات السلوكية هي تلك التي تم مناقشتها خلال الفصل الخاص بالتقييم .

وكما لاحظنا في الجزء الاول من هذا الفصل، فإن صعوبات التعلم تُعرف في ضوء التباين بين القدرة والتحصيل في مجالات محددة، فالطلاب ذوي صعوبات التعلم- هم ذوو تحصيل منخفض إذ يقل أداؤهم الاكاديمي كثيراً عن قدراتهم المقاسة. وقد لجأت بعض الولايات الأمريكية إلى تطوير معادلات لتحديد التباعد بين القدرة والتحصيل. ويتم الحكم على قدرة الطالب عادة بناء على الدرجة التي يحصل عليها في اختبارات الذكاء الفردية المقننة، أما التحصيل فبناء على الدرجات التي يحصل عليها الطالب على اختبارات الاداء الأكاديمي الفردية والجماعية المقننة.

وبسبب العبارات الخاصة بالاستبعاد في تعريف صعوبات التعلم، فإن هنـــاك حاجة أيضاً إلى أنواع أخرى من المعلومات . وقد ناقشت لـــيرنر Lerner (١٩٨١) خمسة أنواع من معلومات التشخيص التي يجب تضمينها في التقييم الشامل وهي تتضمن؛ تاريخ الحالة والمقابلات، والملاحظة، والتقييم غير الرسمي ، والتقييـــم الرسمي المقنن، والتقييم المعتمد على المحكات المرجعيـــة. وإذا كـــان الاهتمـــام منصباً على الأداء الأكاديمي للطفل، فغالباً ما يتم التـــأكيد علـــى تقييـــم الذكـــاء والتحصيل .

مقاييس القدرة

تشتمل مقاييس القدرة أو الذكاء على اختبارات تطبق بشكل فـــردي مثـــل اختبار ستانفورد بينيه (نموذج L - M للاعمار من سنتين حتى الرشد) واختبـــار وكسلر لقياس ذكاء الأطفال – الصورة المعدلة (Wisc-R . للاعمار مـــن ٦ إلـــى ١٦,١١ سنه) وبطارية كوفمان لتقييم الأطفال (K-ABC ، للأعمار مـــن ٢,٦ – ١٢,٦ سنه) وتعتمد هذه الاختبارات على مفهوم الذكاء العـــام. ويعطـــي اختبـــار ستانفورد – بينيه على سبيل المثال نسبة ذكاء (IQ) إذ تحســـب بمقارنـــة العمـــر الزمني (CA) مع العمر العقلي (MA) وذلك من خلال المعادلة التالية :

$$\text{نسبة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times \text{١٠٠}\%$$

إن نسبة الذكاء في الواقع هي درجات انحرافية تشير إلى كيفيـــة مقارنـــة درجات الفرد مع التوزيع السوي لدرجات أطفال آخرين من نفس الفئة العمريـــة. وقد تم بناء هذه الاختبارات بحيث يكون متوسط درجات الطـــلاب عليـــها ١٠٠ .

فعلى سبيل المثال إذا حصل طفل في العاشرة من عمره علـــى درجـــات مســـاوية لمتوسط درجات أطفال التاسعة ممن قنن عليهم الاختبار، عندئذ فإن نسبة ذكـــاء ذلك الطفـــل ســـوف تكون ٩٠(العمـــر العقلي = ٩ ، مقـــــسوماً علـــى العمـــر الزمنـي = ١٠) .

ويستخدم الأداء على اختبارات الذكاء الفردية باستمرار كمحـــك تشـــخيص مهم لتمييز أنماط المشكلات التعليمية . إن تصنيف صعوبة التعلم مقصور بشـــكل عام على الأطفال ممن كانت نسب ذكائهم المقاسة تقع ضمن المتوســـط أو فـــوق المتوسط، وذلك رغم أن متوسط نسبة ذكاء هذه الفئة تقع دون متوسطات الأفـــراد العاديين قليلاً . فالأطفال الذين تنخفض نسب ذكائهم العامة عن ٩٠ ولكنها تزيـــد عن ٧٠ من المرجح أن يكونوا مؤهلين لبرامج صعوبات التعلم, وقـــد يعتـــبرون بطيئي تعلم . أما الأطفال الذين ينخفض ذكاءهم عن المتوسط بشكل دال (دون ٧٠ ولكن أعلى من ٥٥) فيعتبرون متخلفين عقلياً قابلين للتعلم (EMR) .

ويستخدم اختبار وكسلر لقياس ذكاء الأطفال (WISC-R) باستمرار في تقييـــم صعوبات التعلم وذلك نظراً لأنه يتضمن بالإضافة إلى الدرجة العامـــــة، درجتيـــن للذكاء أحدهما نسبة الذكاء اللفظية والأخرى نسبة الذكاء الادائية على اثني عشـــو مقياساً فرعياً يتضمنها المقياس . ويمكن فحص نتائج الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر لتحديد النماذج غير العادية للاداء. وقد يظهر الاختبار أحياناً تفاوتـــاً فـــي أداء الفرد على الاختبارات الفرعية، إذ يكون الأداء مرتفعاً نسبياً علـــى البعـــض ومنخفضاً على البعض الآخر. وقد تنخفض درجة ذكاء الطفل العامة عن المتوسط وفي نفس الوقت قد تكون هناك بعض المجالات التي ترتفع فيها قـــدرات الفـــرد بينما قد تكون منخفضة نسبياً على بعضها الآخر .

مقاييس التحصيل

تعتبر مقاييس التحصيل أيضاً مهمة لتحديد التباين، ومن مقاييس التحصيل المقننة الشائعة اختبار بيبدي للتحصيل الفردي (PIAT) ، واختبار ستانفورد للتحصيل، واختبارات بريجانس التشخيصية ، وبطارية وودكوك - جونسون النفسية - التربوية (الجزء الخاص بالتحصيل) واختبارات وودكوك للقراءة. وقد تم مناقشة الخصائص السيكومترية لهذه الاختبارات وغيرها من مقاييس التحصيل الأكاديمي في العديد من المراجع (مثل سالفيا ويسلديك Salvia and Yssldyke، ١٩٨١ ؛ ايفانز وآخرون Evans, et al ، ١٩٨٦) .

تحديد التباين بين القدرة – والتحصيل

رغم أن صعوبات التعلم تعرف بأنها تباين بين القدرة والتحصيل، إلا أن هذا الأمر يفتقر إلى إجماع حول كيف يجب تحديد ذلك، أو كم يجب أن يكون مقدار التباين . ولقد اقترحت جانيت ليرنرJanet lerner (١٩٨١) محاولة الاجابة عن الأسئلة التالية :

١-ماذا تعلم الطفل بالفعل ، وما مستوى التحصيل الحالي له ؟

٢-ما قدرة الطفل الكامنة على التعلم، وكيف يمكن قياسها ؟

٣-ما مقدار التباين بين التحصيل والقدرة الكامنة لكي تعتبر دالة ؟

وحتى يومنا هذا ، لا يوجد اتفاق عام على إجابات مقبولة لهذه الأسئلة ، فالمدارس ، وبشكل خاص فرق التقييم متعددة التخصصات المسئولة عن تحديد

الأهلية للتربية الخاصة يجب أن تقرر معاييرها الخاصة إذا لم يتم تحديدهـــا فـــي تعليمات الولاية .

مشكلات استخدام المقاييس المقننة لتحديد التباين

من الصعوبات التي نواجهها في تشخيص صعوبات التعلم تلك المشـــكلات المتعلقة بأخطاء القياس على الاختبارات المقننة؛ لأنها تحصر الأمـــر فـــي كـــون درجات الطفل على الاختبار تمثل قدرته وتحصيله . ويعتبر الأداء على الاختبـــار لكثير من الطلاب ذوي صعوبات التعلم غير مستقر، إذ تنحدر درجـــات مجموعـــة واحدة منهم على الأقل على كل من اختبارات الاستعداد والتحصيل بعـــد التعـــرف عليهم رسميا (وايت وويجل White and Wigle ، ١٩٨٦) . وبالإضافة إلى ذلـــك فقد أثيرت أسئلة كثيرة حول صدق وثبات اختبارات الذكاء والتحصيل المقننة ذات المعايير المرجعية . وتضمنت تلك الاسئلة العلاقة بين العوامل المقاسة من خـــلال اختبارات الذكاء والقدرة الحقيقية للتعلم ؛ وثبات مقاييس الذكاء مع مرور الوقت، وقابلية مقاييس الذكاء المختلفة للمقارنة .

وهناك اهتمام أيضاً حول مصداقية مقاييس الذكاء مع أطفال الأقليات كمـــا لاحظنا في الفصل الخاص بالتقييم . وتميل معظـــم الاختبـــارات للاعتمـــاد علـــى استخدام اللغة الانجليزية الرسمية. وهي بذلك تعكس خبرات وقيم ثقافية ضيقـــة، وأحيانا نجدها لا تمثل الأقليات في إجراءات التقنين واستخدام المعايير. وهكـــذا ، فإن اداء أطفال الاقليات على هذه الاختبارات قد تميـــل بشـــكل متحـــيز لإعطـــاء تقديرات منخفضة لقدرة الطفل . وقد ينتج انخفاض الأداء عن عوامل مثل ضعـــف مهارات التعرض للمواقف الاختبارية، ونقص الدافعية، ونقص التعرض للمـــهارات التي تم فحصها (هارنجتون Harrington ، ١٩٨٤) .

وغني عن القول أنه توجد مزايا وعيوب للاختبارات المقننة. وتشمل المزايا الامور التالية :

- إجراءات مقننة في التطبيق والتصحيح .

- القدرة على مقارنة درجة الفرد بمعايير المجموعة .

- قياس التغير المستمر في الاداء .

- قياس التغيرات التي تلحق بالفرد في مجالات معينة .

أما العيوب المحتملة فتشمل :

- انخفاض ثبات وصدق بعض الاختبارات .

- التعميم الزائد للنتائج .

- التركيز على الدرجات الكلية أو العامة بدلاً من التركيز على الأداء في مهارات معينة .

- ضعف ارتباطها بالبرنامج التربوي سواء في مرحلة الإعداد أو التنفيذ.

- التحيز ضد مجموعات الأقليات .

ومما لا شك فيه أن للاختبارات المقننة مكانا في عملية التقييم التربوي، وهي تفيد بشكل خاص في اتخاذ القرارات حول أهلية الطالب لبرامج التربية الخاصة . وهي حين تستخدم لهذا الغرض ، فلا بد أن تطبق وتفسر من قبل

فاحصين مؤهلين، ويجب النظر إلى نتائجها في اطار مقايييس متعددة، ويجب أن ترتبط بالبرامج التربوية .

وبالإضافة إلى ذلك . لا يوجد إجراء أو معيار مقبول بشكل عام لتحديد التباين بين القدرة والتحصيل، ويمثل هذا في الحقيقة قضية شائكة . فإذا قبلنا التباين المقدر بسنة واحدة كمعيار على سبيل المثال، فعلينا أن نتصور إلى أي مدى يمكن أن يكون هذا التباين كبيرا جداً بالنسبة لأطفال السادسة مقارنة بالطلاب في عمر السادسة عشره من عمرهم. إن انخفاض تحصيل طفل السادسة قد يمثل مشكلة أكثر خطورة مما هو لدى ابن السادسة عشرة .

ولقد تم تطوير معادلات التباين (مثل بوند وتندر وواسون Bond, Tinder and Wasson ، ١٩٧٩ ؛ هان ودايك وهالين Hanna , Dyck and Halen ، ١٩٧٩) مستخدمة الدرجات على الاختبارات المقننة ذات المعايير المرجعية. وبالإضافة لمقارنات الدرجات على اختبارات الذكاء والتحصيل يقدر التباين أحيانا بحساب الفروق Differences بين مستوى تحصيل الطفل في أحد مجالات المنهج ومستوى صفه الدراسي ، أو بين عمر الطفل الزمني وعمره العقلي .

إن مثل هذه المعادلات المقننة يجب أن تستخدم دوماً مع بعض الحذر حول صدق وثبات الدرجات المستخدمة. فالدرجات المشتقة من هذه المعادلات ليست أكثر دلالة من درجات الاختبارات التي استخدمتها . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن هذه الدرجات لا يمكن أن تكون وحدها مسئولة عن متغيرات كثيرة مثل خلفية الطالب التربوية ، والدافعية ، والبيئه . وتبقى هناك حاجة ملحة لوجود محك يساعد فريق التقييم متعدده التخصصات في تحديد أهلية الطفل للخدمات . ويجب تقييم المعلومات الكمية التي يتم الحصول عليها من المقاييس المقننة وكذلك الدرجات

التي يتم اشتقاقها من معادلات التباين في ضوء نتائج المقـــاييس المتعـــددة لأداء الطفل والتي يجب أن تشمل الاختبارات غير الرسمية وذات المحكات المرجعيـــة ، التي تقيس المشكلات في مجالات معينة، والملاحظة المباشرة لاداء الطالب فـــي المواضع التربوية ، والمعلومات التي يتم الحصول عليـــها مـــن تـــاريخ الحالـــة والمقابلات الشخصية .

أساليب التدخل العلاجية مع ذوي صعوبات التعلم

الأساليب القائمة على العمليات النفسية الأساسية Process Approaches

ركزت الجهود المبكرة في علاج صعوبات التعلم على أســـاليب مـــن مثـــل تدريب العمليات الادراكية – الحركية والنفسية اللغوية . إذ طورت أداة مثل اختبار الينوي للقدرات النفسية اللغوية (ITPA) لقياس العمليات البصريـــة، والســـمعية، والحركية المسئولة عن مهارات التواصل المطلوبة للتعلم الأكاديمي الناجح. ومـــن خلال إجراءات التقييم هذه تم إعداد برامج التدخل لتعالج مباشرة العمليات النفسية اللغوية . وبالرغم من شيوع الأساليب القائمة على العمليات النفسية الأساســـية ، فلم تظهر النتائج عامة أنها حققت تحسنا في المهارات الأكاديمية يتناســـب مـــع شهرتها (ارنز وجنكنز Arter , and Jenkins ، ١٩٧٩ ؛ كافال وماتسو Kavale and Mattso ، ١٩٨٣) . وقد وجد كافال Kaval (١٩٨١) بـــأن أســـاليب العمليـــات النفسية قد حسنت التعبير الشهفي Verbal . وقد ذهب بعـــض المدافعيـــن عـــن الأساليب النفسية اللغوية إلى أن كثيراً من الدراسات التي تمت مراجعتها وكـــانت تهدف إلى التشكيك في مثل هذا التدريب قد استخدمت تدريب العمليـــات النفســـية

اللغوية بشكل غير مناسب وذلك بمعزل عن تدريس الموضوعات الأكاديمية (Kirk and Chalfant ، ١٩٨٤) .

التدريس (الكلينيكي) Clinical Teaching

افترضت جانيت ليرنر Lerner (١٩٨١) نوعاً خاصاً من التدريس، أطلقت عليه التدريس العيادي Clinical Teaching ، واعتبرته ضرورياً للاطفال ممن كانت اعاقتهم مشكلات تعليمية . ويركز التدرس العيادي على تشخيص وعلاج مستمر لمشكلات التعلم وذلك باستخدام عملية دائرية من التشخيص والتخطيط ، والتنفيذ، والتقويم ، وتعديل التشخيص .. وللتدريس العيادي جذوره في تحليل السلوك التطبيقي . فكثير من التدخلات السلوكية التي تم مناقشتها في الفصل الأول من هذا الجزء اشتقت أيضاً من تحليل السلوك التطبيقي . ويشتمل التدريس العيادي على عمليات شبيهة بعمليات إعداد البرامج التربوية الفردية (IEP) والتي سوف نناقشها في الفصل الثالث من هذا الجزء . وقد أوردت ليرنر الخطوات الأحدى عشرة التالية :

١-عرف (حدد) السلوك .

٢-ضع الأهداف .

٣-رتب الاوضاع التعليمية .

٤-اجمع المعلومات الأساسية الخاصة بالخط القاعدي Baseline date .

٥-ادرس المعلومات الأساسية .

٦-حلل الاداء .

٧-قرر إجراء التغييرات الضرورية .

٨-اختر الأساليب العلاجية .

٩-استخدم الأسلوب الذي تم اختياره .

١٠- أوقف تطبيق الأساليب .

١١- ساعد في تعميم السلوك .

التدريس المباشر Direct Instruction

يشترك التدريس المباشر لمهارات أكاديمية معينة في بعض مقوماته (عناصره) مع نموذج التدريس العيادي لعلاج صعوبات التعلم (جيرستن وآخرون Gersten , et al ، ١٩٨٦ ؛ لويد Lloyd ، ١٩٨٧) . ويتبع الإجراءات المستخدمة في تصميم البرامج التربوية الفردية . وقد حدد ميرسر وميرسر Mercer and Meccer (١٩٨٧) سلسلة إجراءات التدريس التالية التي ينطوي عليها التدريس المباشر :

١-حدد المهارات المستهدفة .

٢-حدد العوامل التي من المرجح أن تسهل التعلم .

٣-خطط لعملية التدريس .

٤-استخدم المعلومات الضرورية لادارة التدريس ؛ مثل إجراءات العرض، والعمل من خلال الاشراف ، والعمل باستقلالية .

ويقوم التدريس المباشر في جزء منه على بحث روزنشاين Rosenshine، (١٩٧٦) الذي شمل طلاباً من الفصل العادي بمستويات اداء منخفضة، ويعتمد هذا الأسلوب على عملية عرض المعلم، والاداء الموجه من قبل الطالب، والتغذية الراجعة من قبل المعلم (جرستن وآخرون Gersten, et al ، ١٩٨٦) . ويشير العرض Demenstration إلى قيام المعلم بتقديم نموذج للسلوك، ويشير الاداء الموجه Practice إلى ما يقدمه المعلم من تساؤل وحث وتشجيع، والتحقق من فهم الطالب خلال أداء المهارة والتدريب عليها . وتشير التغذية الراجعة Feedback إلى تقييم المعلم وتعزيزه للأداء .

وقام لويد Loyd (١٩٨٧) حديثاً بمراجعة نتائج الدراسات التي تناولت التدريس المباشر ، وحدد ثلاثة أساليب متفاوته – سلوكية ، وتعليمية ، ومعرفية. ومع ذلك فهي أحياناً متداخلة وتستخدم معاً . وكمثال على الأسلوب السلوكي نمذجة السلوك الأكاديمي المرغوب (مثل طلاقة القراءة) . وكمثال على الاسلوب التعليمي استخدام تحليل المهمة لتجزئة الخطوات التي من شأنها مساعدة الطالب على أداء المهمة وجعلها محدده وواضحة. أما الاساليب المعرفية فمن شأنها جعل العمليات الخفية واضحة وعلنية . فعلى سبيل المثال قد يتم تعليم الطالب التعبير عن الخطوات لفظياً للتحقق من دقة العمل الأكاديمي .

إن تحديد المهارات المستهدفة التي سوف يتم تعليمها عبر التدريس المباشر قد يتقرر من أداء الطالب على الاختبارات المقتنة ذات المعايير المرجعية، وكذلك من خلال الاختبارات ذات المحكات المرجعية . ويتعين على المعلم أثناء العلاج أن يقرر ما إذا كانت مستويات صعوبة المهمة مناسبة ، وتمكن الطالب من تحقيق معدلات عالية من التقدم والنجاح. إن استمرار جمع البيانات عن أداء الطالب على المهام التعليمية يعتبر أيضاً ضرورياً لمراقبة التقدم الذي يحرزه الطالب، و يقدم المعلومات التي تبين كيف يمكن تعديل استراتيجيات التدريس .

إن أهمية تعميم المهارات المتعلمة يعتبر أمراً معروفاً ومتفقاً عليه . (دشلر واخرون Deshelr, et al، ١٩٨٤؛ بلانكشب وليلي Blankeship and Lilly ، ١٩٨١؛ ستينز وروزنشاين Streans and Rosenshine، ١٩٨١) ويرجع التعميم إلى دعم السلوك عبر الزمن والمواقف، مما يمكن الطالب من أداء السلوك المتعلم خارج البيئة العلاجية . ولقد اقترح دشلر وآخرون Deshler, et al (١٩٨١) سلسلة من العرض Presentation، والأداء الموجه Controlled Practice والأداء المستقل Independent Practice للمهارات الأكاديمية. إذ يوضح المعلم أولاً الحاجة لتعليم سلوك مستهدف للطالب ويجزئه إلى خطوات فرعية يسهل تعلمها . ومن ثم يقوم الطالب بأداء المهمة على مواد معينة باستخدام الحث، والمؤشرات، والتعزيز من قبل المعلم . ومن ثم يقوم الطالب بأداء المهمة بشكل مستقل، ولكن مع تعزيز وتغذية راجعة من المعلم . وفي النهاية يؤدي الطالب المهارة في مواقف أخرى وباستخدام مواد جديدة ، كما يحدث في غرفة الفصل العادي والمناهج الدراسية، في حين يستمر المعلم في تقديم التعزيز والتغذية الراجعة .

التدريس الفاعل Effective Teaching

لقد حدد سترينز وروزنشاين Stearns and Rosenshine (١٩٨١) عدداً من العوامل التي يبدو أن لها علاقة بنجاح الطالب الأكاديمي في غرفة الفصل العادي. وقد تناولت نتائج كثير من الدراسات بعض هذه العوامل في إطار ما يسمى التعليم الفعال، وقد تكون وثيقة الصلة بشكل خاص بالطلاب الذين يعانون من مشكلات تعليمية (بلينج Behling ، ١٩٨٦) .

أن إحدى الاستنتاجات التي تم الوصل إليها من خلال الدراسات التي تناولت التدريس الفعال تكمن في أهمية التركيز على التدريس الأكاديمي. فالموقف الذي نعمل فيه أو مقدار الوقت الذي يقضيه الطالب بالفعل على المهام الأكاديمية مثل القراءة ، والحساب، ترتبط بشكل ايجابي مع التحصيل. وقد رأى يسلديك وآخرون Ysseldyke, et al(١٩٨٣) بأن زيادة مقدار الوقت الذي يقضيه الطالب ذوي صعوبات التعلم بنشاط على العمل الاكاديمي قد يكون أمراً سهلاً نسبياً ، ولكنه يبقى عاملاً مهماً لتحسين أدائهم الأكاديمي.

وبالإضافة إلى ذلك فإن تقديم التغذية الراجعة المستمرة يساعد الطلاب على التمييز بين الأداء الصحيح وغير الصحيح ، ويطلعهم على ما يحرزونه من تقدم. وتعتبر ملاحظة النجاح والتحقق منه أمراً مهماً أيضاً ، إذ يبدو أن معدلات النجاح العالية تسهم في تحقيق مستويات عالية من تقدير الذات، وإتقان أفضل للتعلم. والحصول على درجات مرتفعة في اختبارات التحصيل، واتجاهات أكثر ايجابية نحو المدرسة .

ويعتقد سترينز وروزنشاين (١٩٨١) بأهمية أن يعبر المعلم عن توقعات ايجابيه لأداء الطالب ويقدم التعزيز للسلوك الأكاديمي والاجتماعي المرغوب، إذ تؤثر توقعات المعلمين عن غير قصد أيضاً على أداء الطلاب في كل من الاتجاهين الايجابي والسلبي . وبناء على مراجعة مكثفة للدراسات، توصل جودGood (١٩٨١) إلى أن توقعات المعلم تترجم إلى سلوك تجاه الطلاب . فعلى سبيل المثال، يميل المعلمون إلى إعطاء انتباه أقل للطلاب بطيئي أو ضعيفي التحصيل، ولا يبتسمون لهم أو ينادون عليهم بدرجة تماثل الطلاب الجيدين. وغالباً ما يتم وضع الطلاب ذوي التحصيل المنخفض (الأبطأ) بعيداً عنهم، ويوجه لأدائهم نقداً أكثر وتغذية أقل، ويقاطعونهم باستمرار ويطلبون منهم جهداً أقل ، ويمدحونهم

بدرجة أقل . والنتيجة البائسة لكل هذه السلوكيات وصول الطلاب لمستويات ضعيفة من التحصيل مع مرور الوقت،حيث يؤكد أداء الطلاب توقعات معلميهم ويجعلهم يتقبلون أوضاعهم المتدنية. وبالتالي؛ قد تكون استراتيجيات التدريس الفعال مهمة بشكل خاص مع الطلاب ذوي اضطرابات التعلم .

استراتيجيات التعلم للمراهقين

الأسلوب الذي يرتبط بالتدريس المباشر ويعتبر مناسباً بشكل خاص لتدريس المراهقين هو أسلوب استراتيجيات التعلم Learning Strategies (آلي ودشلر Alley and Deshler ، ١٩٧٩؛ دشلر وشوماخر Deshler, and Schumaker ، ١٩٨٦) . فبدلاً من تدريس منهج أكاديمي معين؛ فإن أسلوب استراتيجيات التعلم يركز على تعليم الطلاب كيف يتعلمون ويؤدون المهام المختلفة . فعلى سبيل المثال؛ قد يتم تعليم الطالب استراتيجيات تلخيص وحفظ المادة في الدراسات الاجتماعية، بدلاً من دراسة محتوى موضوعات اجتماعية معين. فالمراهقون ممن لديهم مشكلات تعليمية غالباً ما يعانون تاريخاً طويلا من الفشل الأكاديمي، وبالتالي فلديهم دافعية منخفضة للتعلم الأكاديمي . وبالإضافة إلى ذلك ، ويصبح مقدار الوقت الذي يحتاجونه لاكتساب مهارات معينة محدوداً أكثر كلما تقدم بهم العمر .

ولقد أعد شوماخر وآخرون Schumaker, et al (١٩٨٣) عدة مجموعات من الاستراتيجيات لتعلم المنهج ، تشمل إحداها استراتيجيات لاكتساب معلومات من المواد التعليمية المكتوبة، مثل معرفة الكلمات والأسئلة الموجهة للنفس Self Questioning واعادة الصياغة . وتتضمن مجموعة أخرىاستراتيجيات لمساعدة الطلاب على معرفة وتذكر المعلومات المهمة، وتضم استراتيجيات للاستماع،

وتسجيل الملاحظت ، والاعداد للاختبـــارات . وتشـــتمل مجموعـــة ثالثـــة علـــى استراتيجيات لتسهيل التعبير الكتابي واظهار الكفاءة اللغوية؛ مثل استخدام صيـــغ معينة للحكم على الجمل ، والنصوص ، وموضوع الكتابـــة، ومراقبـــة الخطـــأ ، واكمال التدريبات .

وقد استخدمت سلسلة من الخطوات لتدريس استراتيجيات التعلم؛ وتشـــتمل على عناصر من خطوات التدريس المباشر التي وردت سابقا . واشـــتملت أيضـــا على نمذجة المهارات من قبل المعلمين والتكرار (أو الممارسة) المدعم بالتدريبات فوق المعرفية التي تستخدم التعبير اللفظي والتفكير حول المهام . وتتضمن هـــذه الخطوات ما يلي :

١-الاختبار لتحديد العادات الحالية للعمل في مهمة معينة .

٢-تجزئة المهمة إلى عناصر وخطوات صغيرة وتقديـــم المـــبرر لتعليـــم المهمة .

٣-يقوم العمل بتقديم نموذج لكيفية أداء المهمة من البادية وحتى النهاية، في حين يفسر كل خطوة ويعبر عنها لفظياً .

٤-يقوم الطالب بتكرار كل خطوة في المهمة لفظياً .

٥-يقوم الطالب بأداء المهمة باستخدام مواد معينة في موقف معين (بيئـــة محكمة) .

٦- يقوم الطالب بأداء المهمة باستخدام مواد مختلفة وفي مواقف مشابهة للفصل العادي. مع تلقي تغذية راجعة وتعزيز من المعلم .

٧-اختبار – تقييم – بعدي لاداء الطالب .

ويتمثل الهدف الرئيس لاستراتيجيات التعلم في التحقق من تعميم ودعم المهارات التي تم تعلمها. ويحاول هذا الأسلوب تقديم المهارات بشكل منظم؛ بحيث يتمكن الطالب من تطبيقها في مواقف تعليمية متنوعة . ورغم أن أسلوب استراتيجيات التعلم يستخدم في تدريس المهارات الأكاديمية، إلا أن العملية شبيهة بأساليب تعديل السلوك المعرفي المستخدمة في برامج تدريب المهارات الاجتماعية التي تمت مناقشتها في موضع آخر من هذا الكتاب .

ملخص

لقد اضفنا في هذا الفصل بعداً آخر لوجهة نظرنا البيئية وذلك بفحص بعض العلاقات بين الاضطرابات السلوكية والتعليمية . ولا يمكن اعتبار اضطرابات السلوك بمعزل عن مشكلات التعلم, وبرغم أننا لا نجد جميع الأطفال المضطربين سلوكياً يعانون أيضاً من فشل أكاديمي. فإن الكثير منهم يعاني منها . وبالمثل قد لا نجد جميع الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعليمية يظهرون مشكلات سلوكية وانفعالية ، مع أن الكثير منهم قد يعاني من ذلك ، وفي الواقع فإن بعض التربويين ينظرون إلى صعوبات التعلم كمؤشرات أولية لصعوبة الطفل في الإدراك الاجتماعي. وفي بعض الحالات ، تسهم المشكلات الشخصية والأخلاقية في صعوبات التعلم الأكاديمي . إذ قد يكون الطفل مكتئباً أو مشتت الانتباه عن العمل الأكاديمي. وفي حالات أخرى نجد أن مشكلات الطفل في التعلم يترتب عليها الاحباط ، والغضب، وفقدان تقدير الذات, والتي قد يعبر عنها بالفوضى أو الانسحاب من المدرسة .

وبالنسبة لبعض الطلاب المضطربين سلوكياً تؤثر مشكلات التعلم على ادائهم في مجالات اكاديمية محدودة ، في حين تكون الصعوبات لدى آخرين أكثر شمولية وقد تظهر في جميع المجالات الأكاديمية. وقد تكون مشكلات التعلم لدى بعض الأطفال بسيطة نسبياً، في حين تكون القدرة الأكاديمية والأداء لدى البعض الآخر أكثر انحرافاً وبعداً عما هو متوقع من عمرهم وصفهم الدراسي .

ومن الصعوبة إصدار تعميمات حول اسهام اضطرابات التعلم في المشكلات السلوكية، والعكس صحيح حول اسهام المشكلات السلوكية في اضطرابات التعلم ، وحتى عندما ندرس حالة أحد الطلاب ، فعادة ما نخمن فقط كيف أن أحد أنماط المشكلات قد أدت إلى الأخرى . ومن الواضح أن المشكلات في أحد المجالات تضع الطفل في مخاطر أكبر للتعرض للمشكلات الأخرى .

ولقد استعرضنا في هذا الفصل خصائص اضطرابات التعلم، وبشكل خاص أولئك الذين يطلق عليهم ذوي صعوبات التعلم، حيث تناولنا التعريفات ، والخصائص، واجراءات التشخيص ، وبعض الصعوبات التي نواجهها في التمييز بين صعوبات التعلم والفئات الأخرى ذات المشكلات التربوية . وقد أعطينا اهتماماً خاصاً لتعريف وعلاج اضطرابات ضعف الانتباه ، والذي يمثل نمطاً للسلوك المضطرب وله تأثيراته على الجانب الأكاديمي والسلوكي للطلاب . وأخيراً تناولنا بعض الاستراتيجيات المستخدمة في معالجة صعوبات التعلم .

وسوف نناقش في الفصول القادمة إجراءات علاجية أخرى، يركز معظمها على تغيير السلوك وتحسين التكيف الانفعالي . وحيث أن بعض الاستراتيجيات العلاجية مثل التدريس العيادي والتدريس المباشر ذات صلة بعلاج الأطفال المضطربين سلوكياً . فإن كثيراً من الأساليب السلوكية ، والنفسية التربوية الواردة في الفصول القادمة لها صلة وارتباط بالأطفال والمراهقين ذوي صعوبات التعلم .

الملاحق

ملحق رقم (١)

عينة لنموذج تحويل الحالات

١- الاسم : .... تاريخ الميلاد : ....

المدرسة : .... الصف الدراسي: ....

ولي الأمر : .... رقم التليفون : ....

العنوان : ....

....

٢- المحول (المحولون) : .... الوظيفة (الوظائف) : ....

٣- أسباب محدده للتحويل : ....

....

٤- المعالجات السابقة قبل اجراءات التقييم : ....

....

النتائج : ....

....

اجراءات علاجية أخرى تمت التوصية بها قبل التقييم ولكنها لم تتخذ ....

....

٥- معلومات عن الحضور للمدرسة وتاريخ ذلك : ....

....

معدل الغياب في السنة : ....

عدد مرات الغياب هذه السنة : ....

٦- هل لغة الطالب الانجليزية محدودة الفعالية ؟ ......نعم ....لا

هل اللغة الانجليزية لدى الطالب هي اللغة الثانية ؟ ......نعم ....لا

اللغة الأم / الأصلية ....

٧- معلومات طبية :

مسح المدرسة للجانب البصري التاريخ : .... النتائج : ....

مسح المدرسة للجانب السمعي التاريخ : .... النتائج : ....

معلومات طبية / عضوية هامة أخرى (مثل نوبات الصرع، الحساسية، اصابات، تناول الأدوية) .

٨- معلومات حول الاجراء الاكاديمي من واقع الملف التراكمي للطالب

درجات اختبارات التحصيل / التاريخ

....

....

....

٩- التحويلات السابقة ؟ التاريخ : ....

التقييم السابق ؟ التاريخ : ....

إذا كانت الاجابة بنعم ، لخص النتائج وحدد الاجراءات التي اتخذت ....

....

١٠- مدى وعي الوالدين / أولياء الأمور بأسباب التحويل . وطبيعة مشاركتهم :

....

ملحق رقم (٢)

تحليل البيئة

ليندا . ميللر

Linda E.Meller

اسم الطالب : ....   العمر الزمني : ....

المدرسة : ....   الصف الدراسي : ....

التاريخ : ....   الوقت : من .... إلى ....

التعليمات : رجاء مراجعة جميع البنود ، علماً بأن تحليل البيئة المطلوب ينصب على الطالب موضع الاهتمام وليس على جميع الطلاب في غرفة الدراسة .

I - مكان التعلم

أ- معلومات عامة :

١-نوع غرفة الدراسة

.... فصل خاص   .... مكان مفتوح   ......فريق تعليم

٢-الفرد المسئول

.... معلم الفصل العادي   .... معلم الطالب ..... غير ذلك .....

.... معلم بديل   .... مساعد المعلم .... حدد .....

٣- وقت الملاحظة اليومي : .... صباحا ....مساء

نصف الفترة .... الأولى   .... الثانية

٤- عدد الطلاب .... عدد المعلمين....... النسبة ...... إلى ....

٥- موضوع التدريس أثناء الملاحظة (إذا كان هناك أكثر من موضوع يتم سردهم بالترتيب) .

.... قراءة .... لغة .... كتابة

.... حساب .... موسيقى .... صحة/أمن

.... قواعد .... رسم .... أنشطة حرة

.... دراسات اجتماعية .... علوم .... غيرذلك

حدد ....

٦- النشاط الجاري حالياً (إذا كان هناك أكثر من نشاط يتم سردهم بالترتيب)

.... محاضرة .... عمل مكتبي .... فيلم

.... جماعة صغيرة .... توجيه للطالب .... تلفزيون

.... مناقشة تضم جميع طلاب الفصل .... بيان عملي

.... اختبار .... نشاط في مركز تعلم .... أسئلة واجابات

.... مشروع فردي مستقل .... غيره

حدد ....

ب- الفراغ :

١-تنظيم المقاعد : رجاء وضع علامة أمام الوضع الذي يحدد مكان مقعد الطفل مع الإشارة إلى أسماء الأطفال بالمقاعد المجاورة .

ضع علامة (✓) إذا كان المقعد بجوار :

.... لوحة الإعلانات .... مكتب المعلم ...... الشبابيك

.... رفوف المكتب .... مركز التعلم .... السبورة

.... الباب إلى .... جهاز التكييف

واضح بالنسبة للمعلم .... نعم .... لا

٢- مناطق خاصة :

.... مراكز تعلم .... مقصورات معزولة

.... أماكن للدراسة .... أماكن للقراءة الحرة

.... غيره (حدد) ....

٣- موقع الغرفة بالنسبة للأماكن التالية :

الحمام ....

صنابير المياه أو برادات الشرب ....

مكتب المدير ....

مكتب الممرضة ....

ممرات الخروج ....

مركز الوسائل التعليمية ....

شماعات أو خزانات الملابس (صفها) ....

....

الغرفة المجاورة هي : ....

....

٤- الأثاث :

١- الفرش

أ- مكتب الطفل

.... حجم مناسب .... كبير جداً .... صغير جدا

مكتب لفرد واحد طاولة أو مكتب لفرد واحد مع كرسي

...... بيد يمنى

.... بيد يسرى

جماعي

...... طاولة مع كراسي ..... طاولة تضم مجموعة من الطلاب

...... مكتب مع كراسي

منطقة عمل الطلاب أو جلوسهم ... منظمة .... غير منظمة

ب- مكتب الطفل :

... حجم مناسب ...... يمكن تحريكه

...... كبير جداً .... ثابت

..... صغير جداً

جـ- الأرضية

.... خشب .... قنالتكس .... موكيت

د- إضاءة الغرفة :

.... ساطعة .... كافية

...... فلورسنت ...... غير كافية

٢- لوحة الاعلانات :

.... من عمل المعلم ..... من عمل الطلاب ....تم شرائها من المحلات

وصف محتواها : ....

....

٣- الشبابيك :

أ- موضعها / مكانها .

...... من الباب إلى الطرقة .

.... بطول الحائط (شرق ، غرب ، شمال ، جنوب) ضع خطأ تحت واحدة فقط

..... قرب السقف (الحائط الخارجي، حائط الصالة) ضع خطا تحت واحدة فقط

ب- العدد ....

جـ- الحجم .... كبير ...... صغير ...... من الأرض إلى السقف

٤- لون الحائط : ....

٥- التهوية :

..... مريحة .... خافتة ...... حارة .... باردة

*٦- أدوات الطلاب :

أ- أقلام رصاص

.... حجم مناسب .... سن مدبب حاد ...... خاص بالطفل

...... قصيره جداً .... غير مدببة (مقصوفة) .....يحضرها المعلم للطفل

...... طويلة جداً

ب- الألوان :

.... علبة كاملة (تضم ٨ ألوان أو أكثر) .... بحالة جيدة

...... علبة غير كاملة .... مكسرة

.... خاصة بالطفل ...... يحضرها المعلم للطفل

جـ- أقلام الخط .... خاصة بالطفل ...... يحضرها المعلم للطفل

د- أوراق الرسم .... مانيلا ...... خاصة بالطفل

...... ورق جرائد ...... يحضرها المعلم للطفل

هـ _ أوراق الكتابة :

.... ذات أسطر واسعة .... خاصة بالطفل

.... ذات أسطر ضيقة .... يحضرها المعلم

.... بيضاء / غير مسطرة

و- المقصات ...... بيد يمنى .... بيد يسرى

٧- السبورة :

.... معدن .... بيضاء .... طباشير أبيض

.......اردواز ....خضراء ....طباشير أصفر

.... لوحة يصعب تنظفيها .... سوداء ....أقلام كتابة

٨- الضوضاء أو المشتتات الخارجية التي قد تحول دون تركيز الأطفال (صفها)

....

....

د- الجدول الزمني :

الموضوع	النشاط	الوقت
		من إلى
		من إلى
		من إلى
		من إلى
		من إلى
		من إلى

II – البيئة الاجتماعية لغرفة الدراسة :

II – أ – مجتمع الأقران

١ – .... عدد الأولاد .... عدد البنات

* ٢ – الخلفية الاجتماعية – الاقتصادية :

أ – المستوى

منخفض دون المتوسط متوسط فوق المتوسط مرتفع

* ٣ – مدى الأعمار : من ....شهر ....سنة إلى ...... شهر ..... سنه

* ٤ – النضج الاجتماعي بصورة عامة (وذلك وفقا للعمر الزمني للطفل)

.........صغير .... عمر مناسب .... ناضج

٥ – السلالة العرقية (حدد العدد) :

.........سود ....قوقازيين ....هنود ......أمريكان مكسيكيين

.... شرقية .... جنسيات أخرى

٦ – مناخ الجماعة :

أ – القيادة (من قبل الطلاب) ضعيفة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ قوية

مركزية ١ ٢ ٣ ٤ ٥ موزعة

ب-التماسك / التعاون تعصب قوي ١ ٢ ٣ ٤ ٥ تعصب ضعيف

بين الطلاب

رفض كثير من الطلاب ١ ٢ ٣ ٤ ٥ لا يوجد رفض لأي طالب

جـــ- معايير السلوك لا تتفق مع ١ ٢ ٣ ٤ ٥ تتفق مع

(للطلاب) قواعد المعلم قواعد الملعم

التواصل بين الطلاب ضعيف ١ ٢ ٣ ٤ ٥ قوي

غامض ١ ٢ ٣ ٤ ٥ واضح

٧- اتباع الطلاب للتعليمات منخفض ١ ٢ ٣ ٤ ٥ مرتفع

٨- دور الجماعة في جعل الطالب يتصرف بطريقة معينة (إن وجدت)

(صفها : بمعنى ، تهريج ، كبش فداء ، تحرش ... الخ)

....

....

....

٩- جماعات عمل صغيرة

.... العمل التعاوني / المشترك .... العمل المستقل

.... العمل وجها لوجه ....العمل في نفس الاتجاه

*١٠- مساعدة الطلاب لبعضهم البعض ....

١١- مناداة المعلم باسمه المجرد.......   مناداة المعلم بصفته الرسمية ....

II - ب - خصائص المعلم واسلوبه :

١- جنس المعلم   ....ذكر   .... أنثى

٢- طريقة التعبير عن المشاعر :

........قلق   ....هادئ   .... كيس / دمث   ....يؤكد ذاته

........مسترخي/مستريح   ....يصيح ....مزاج متقلب

........محايد   ....لطيف   ....مرح   .... متوازن

٣- العمل مع الطلاب

.... مع جميع الطلاب   ....مع جماعة صغيرة   ....بصورة فرديه

نسبة الوقت المتاحة   جماعي........   إلى   .... فردي

٤- التعبير عن المشاعر

كما تبدو أو تظهر ....غضب   ....حب   ....روح الفكاهة/المرح

........خوف   ....تقبل

........حزن   ....غرور

اسلوب التعبير   ....لفظي   .... تعبيرات الوجه

........نغمة الصوت   .... تصرف عام

٥-السلوك الخطأ .... الاعتراف بالخطأ الذاتي

.... إخفاء الخطأ

٦- النظام :

.... يضع توقعات سلوكية واضحة

.... يسير في العمل دون توقعات كبيرة (سماحية /تساهل)

.... يتحدث عن سلوك الطفل

........بوضوح ....بواقعية ....بغضب

.... تفسير مشاعر الطفل حول الموقف له

.... الزام الطالب بتحسين سلوكه

.... يجعل الطالب مسئول عن سلوكه

.... تقبل كلمات الأقران حول التعلم والسلوك غير المرغوب .

* العواقب المستخدمة ....

....

....

* العلاقة بالسلوك المنحرف : .... مناسب ....قاسي جدا

.... متساهل جداً .

* التعامل مع السلوك المنحرف : ....فوري ....بطئ /متأخر

ما المدة التي يستجيب بعدها ؟ ....

هل فاعل ؟ (بمعنى الكف عن السلوك المضطرب) ....نعم ....لا

* ٧- التدخل أثناء مشاجرات الطلاب مع بعضهم :

.... فوري ....عقاب/ تأديب جميع الطلاب

........متأخر/بطيء ....عقاب / تأديب طالب واحد فقط

........لا يتدخل مطلقاً .... يترك المتشاجرون ينهون الموقف بأنفسهم

........أخرى حددها

٨- التواصل مع أولياء الأمور :

.... في وقت الاجتماعات فقط ....عبر الهاتف / التليفون

.... بصورة دورية .... بصورة شخصية

........عند الحاجة .... بارسال ملاحظات مكتوبة

III - الجوانب التعليمية :

أ–طرق التعليم تعليقات المعلم توجه إلى :

١- السلوك التواصلي للمعلم .... المجموعة كلها

.... مجامل، كيس ، لطيف .... أفراد بعينهم

.... حازم ، ساخر

.... يستخدم المعلم مختلف اساليب التواصل مع الطلاب

.... تعامل المعلم مع الفروق الفردية

.... معقدة جداً ....تهاون شديد

٢- طريقة المعلم في وضع الاسئلة :

.... مفتوحة النهاية .... تقبل الاسئلة ....يلح على الاجابة الفورية

........اجابة واحدة صحيحة ....تقبل الاسئلة غير العادية

.... تجاهل الاسئلة العادية أو التقليل من شأنها

.... يشجع على التفكير مع اتاحة الوقت الكافي

ب- التحضير :

.... يُحضر لنشاط واحد كل مرة

.... يُحضر عدة أنشطة كي ينشغل بها الطلاب

.... يقوم المعلم بتحديد الأهداف العامة والخاصة وحدة

.... يشترك المعلم مع الطلاب في تحديد الاهداف العامة والخاصة

.... تُحدد الاهداف العامة والخاصة في إطار وحدات المنهج

جـ- توجيه التعليمات :

.... محددة بدقة .... لا يعطي التفاصيل / يسمح بالتفاوت

........غير كاملة .... يتيح فرصة للابتكارية

.... غير واضحة .... يقدم نموذج كي يحاكيه الطلاب

.... خطوة واحدة كل مرة .... تعدد الحواس

.... عدة خطوات كل مرة .... تقديم الأدلة والبراهين .

د- مناقشات الطلاب :

.... تقبل المزاح / المرح .... مناقشة محددة

.... عدم تقبل التهريج / المرح .... تشجيع التعبير عن الأفكار

........توجيه تعليقات للطلاب لتشجيعهم على مزيد من المناقشة

*و - تقييم العمل :

.... يقوم به الطالب ....التقليل من شأن الأخطاء أو عدم الصبر عليها

........يقوم به المعلم .... التشجيع ، والاهتمام بمراجعة الاخطاء

.... تقوم به الجماعة ....اقتراح طرق بناءة للتحسن

.... لا يوجد تقييم

.... توقع تصحيح الأخطاء

سلوك الطالب :

.... كراهية النقد .... الميل إلى تقبل الأخطاء وتوضيحها

.... تقبل / تحليل النقد ....الخوف من الأخطاء

........تقبل / السرور بالمرح أو الثناء

.... الاستجابة السلبية للمدح أو الثناء

ص- طريقة التصحيح :

.... حصر الاجابات الخطأ .... حصر الاجابات الصحيحة

.... % .... وضع علامة على الاجابات الخطأ

.... تعليقات لفظية إيجابية .... وضع علامة على الاجابات الصح

.... تعليقات لفظية سلبية .... وضع على نوعي الاجابة

*. التغذية الراجعة :

.... في نفس اليوم ....فورية ....اليوم التالي

.... مؤخراً بعد انتهاء النشاط

كم عدد مرات التغذية الراجعة ؟ ....

*س : امكانية اتصال الطالب بالمعلم خارج غرفة الدراسة

.... في الفترات بين الحصص .... في الفسحة

........بعد انتهاء اليوم الدراسي ....في الصباح الباكر قبل الدراسة

........وقت الغذاء ....أوقات أخرى (حددها) ....

ب- الدروس :

١- الواجبات اليومية :

.... موضوع واحد واجب لجميع الطلاب

.... تختلف الواجبات حسب اهتمامات الطلاب

.... بنفس مستوى الصعوبة ....صعبة جداً ....سهلة جداً

.... تختلف وفقا للفروق الفردية للطلاب

........توجيه جميع الطلاب لنفس المصادر

.... اختلاف المراجع

.... نفس القدر من الواجبات لجميع الطلاب .....طويلة جدا.....قصيرة جدا

.... يختلف طول الواجبات حسب الفروق الفردية

.... مقدار الواجبات المناسب

*٢ – الواجب المنزلي :

.... تُحدد لجميع الطلاب

.... تُحدد للطلاب منخفضي التحصيل فقط

.... تُحدد للطلاب المتفوقين فقط .

.... حسب الرغبة

.... يوميا

.... أعمال اضافية

.... لا توجد واجبات على الاطلاق

.... رفض مساعدات أولياء الأمور في عمل الواجبات

.... تشجيع مساعدات أولياء الأمور للطلاب

.... تقدم مساعدات أولياء الأمور بسهولة ووضوح

.... تعزيز

.... تصحيح الأخطاء

*ج- تنظيم سير العمل (القواعد المنظمة للطلاب/ أساليب العمل)

الدخول إلى غرفة الدراسة : ....

الانصراف خلال الاحتياجات الخاصة : ....

....

الانصراف في نهاية الحصة : ....

التواصل بين الطالب وزميله ....

توزيع المواد وجمعها ....

....

بري القلم ....

الأوقات الانتقالية (تغيير النشاط) ....

النظافة ....

الحصول على المواد مجانا ....

زيادة فترات الراحة ....

متابعة النظام

.... بمساعدة الطلاب ....بمساعدة المعلم .... كلاهما

هل القواعد واضحة للطلاب ؟ ....نعم ....لا .... معلنة

هل تقدم قواعد أخرى ؟ .... كثيراً .... نادراً .... أحياناً

........قبل تخطي القواعد ....عقب تخطي القواعد

يتم وضع القواعد من قبل :

........المعلم ....الطلاب ....بالاتفاق المتبادل

.... المدرسة

ملاحظة القواعد / أساليب النظام :

.... بصورة منتظمة .... بصورة غير منتظمة

د- مصادر الوسائل التعليمية :

١- الأنواع المتاحة

........كتب دراسية أساسية .... فيلم يضم صور ثابتة

........كتب عمل / نشاط .... شرائح تعليمية

.... كتب إضافية .... أفلام مصورة

.... مكتبة ....تسجيلات

........مراجع .... أشرطة تسجيل صوتي

........موسوعات ....أشرطة فيديو

........قواميس ....شفافيات وأجهزة عرض

........تقويم ....خرائط

.... أطلس الخرائط .... لعب

.... غيرها .... كرة أرضية

........ألعاب ، ألغاز ....كروت

........حقائب دراسية (مثل القراءة، الحساب، العلوم ...)

.... رسوم بيانية، صور، مطبوعات دراسية

........نماذج ....عينات ....مرآة عاكسة

٢- أجهزة (مناسبة للمواد التعليمية)

.... تلفزيون ....جهاز تسجيل صوتي

........جهاز فيديو .... كاسيت ذو أقراص مفتوحة

........جهاز عرض شفافيات .... سماعات أذن (مقاسات مختلفة)

........جهاز عرض أفلام .... مركز سمع

.... جهاز تكبير .... سبورة

.... شاشة عرض .... لوحة عرض

.... ستائر لإظلام الغرفة

غيرها تحدد ....

....

* هذه البيانات يتم جمعها من خلال المقابلة الشخصية مع المعلم .

Source : L. Miller, J. Epp, & McGinnis. In F.H. Wood, C.R. Smith, & J. Grimes (Eds.). The lowa Assessment Model in Behavioral Disorders: A Training Manual (Des Moines, IA : State Department of Public Instruction, 1985), pp. 111 - 123

ملحق رقم (٣)

قائمة بأسماء بعض دور النشر

لمقاييس تقدير السلوك

Behavior Evaluation Scale
Pro - Ed
5341 Industrial Oaks Blvd.
Austin, TX 78735

Behavior Problem Checklist (Revised)
Herbert C. Quay
Box 248074
University of Miami
Coral Gables, FL 33124

Burks' Behavior Rating Scale
The Adren Press
8991 Alvarado Drive
Huntington Beach, CA 92646

Behavior Rating Profile : An Ecological
Approach to Behavioral Assessment
Pro - Ed
5341 Industrial Oaks Blvd.
Austin, TX 78735

Child Behavior Checklist
Thomas Achenbach
Laboratory of Development Psychology
Bldg. 15K
National Institute of Mental Health
9000 Rockville Pike
Bethesda, MD 20205

Devereux Child Behavior Rating Scale
devereux Elementary School Behavior Rating
Scale
Devereux Adolescent Behavior Rating
Scalke
Devereux Foundation Press
Devon, PA 19333

Hahneman Elementary Behavior Rating Scale
Hahneman High School Behavior Rating Scale
George Spivack and Marshall Swift
Hahneman Community Mental
Health / Mental Retardation Center
Department of Mental Health Service
Philadelphia, PA 19102

المراجع

Bibliography

Abarbanel, A. (1979). Shared parenting after separation and divorce: a study of joint custody. *American Journal of Orthopsychiatry, 49,* 320–329.

Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs, 80* (Whole No. 615, 1–37).

Achenbach, T. M. (1978a). The child behavior profile: 1. Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 478–488.

Achenbach, T. M. (1978b). Psychopathology of childhood: Research problems and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 759–776.

Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psychopathology.* New York: John Wiley & Sons.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin, 85,* 1275–1301.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1979). The Child Behavior Profile II. Boys aged 12–16 and girls aged 6–12 and 12–16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 223–233.

Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of infant-mother attachment. In B. C. Caldwell & H. R. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 3, pp. 1–94). Chicago: University of Chicago Press.

Akers, R. L. (1985). *Deviant behavior: A social learning approach.* Belmont, CA: Wadsworth.

Alberts-Corush, J., Firestone, P., & Goodman, J. T. (1986). Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *American Journal of Orthopsychiatry, 56,* 413–423.

Alexander, R. N., & Apfel, C. H. (1976). Altering schedules of reinforcement for improved classroom behavior. *Exceptional Children, 43,* 97–99.

Alexander, R. N., Kroth, R. L., Simpson, R. L., & Poppelreiter, T. (1982). The parent role in special education. In R. L. McDowell, C. W. Adamson, & F. H. Wood (Eds.), *Teaching emotionally disturbed children.* Boston: Little, Brown and Co.

Algozzine, B. (1977). The emotionally disturbed child. Disturbed or disturbing? *Journal of Abnormal Child Psychology, 5,* 205–211.

Algozzine, B. (1979). Social-emotional problems. In C. Mercer (Ed.), *Children and adolescents with learning disabilities.* Columbus, OH: Charles E. Merrill

Algozzine, B., Christenson, S., & Ysseldyke, J. E. (1982). Probabilities associated with the referral to placement process. *Teacher Education and Special Education, 5,* 19–23.

Alley, G., & Deshler, D. (1979). *Teaching the learning disabled adolescent: Strategies and methods.* Denver: Love Publishing

Alvin, J. (1975). *Music therapy.* New York: Basic Books.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA.

Anderson, E. (1985). The A.M. Club. In M. K. Zabel

(Ed), *TEACHING: Behaviorally disordered youth.* Reston, VA: Council for Children with Behavioral Disorders

Apley, J. (1975) *The child with abdominal pains* London Blackwell.

Apter, S. J. (1977). Applications of ecological theory: Toward a community special education model. *Exceptional Children, 43,* 366-373.

Apter, S. J., & Conoley, J C. (1984) *Childhood behavior disorders and emotional disturbance* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Arbuthnot, J., & Gordon, D A. (1986). Behavioral and cognitive effects of a moral reasoning development intervention for high-risk behavior-disordered adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 208-216.

Artei, J. A., & Jenkins, J. R. (1979) Differential diagnosis-prescriptive teaching: A critical reappraisal. *Review of Educational Research, 49,* 517-555.

Atkeson, B. M., & Forehand, R. (1981). Conduct disorders. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (pp. 185-219). New York: Guilford Press.

Axelrod, S. (1977). *Behavior modification for the classroom teacher.* New York: McGraw-Hill.

Ayllon, T., Layman, D., & Kandel, H. (1975). A behavioral educational alternative to drug control of hyperactive children. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 8,* 137-146.

Backman, J., & Firestone, P. (1979). A review of psychopharmacological and behavioral approaches to the treatment of hyperactive children. *American Journal of Orthopsychiatry, 49,* 500-504.

Bakalar, J. S., & Grinspoon, L. (1984). *Drug control in a free society.* New York: Cambridge University Press.

Baker, E M., & Stullken, E. H. (1938). American research studies concerning the "behavior type" of the exceptional child. *Journal of Exceptional Children, 4,* 36-45.

Balow, B. (1966). A program of preparation for teachers of disturbed children. *Exceptional children, 48,* 455-460.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura, A. (1974). *Psychological modeling: Conflicting theories.* New York: Lieber-Atherton.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A , Ross, D., & Ross, S A· (1961) Transmission of aggression through imitation of aggressive models *Journal of Abnormal and Social Psychology, 63,* 575-582.

Bandura, A., Ross, D., & Ross, S A. (1963) Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66,* 3-11.

Bandura, A., & Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Barker, R. G. (1968) *Ecological psychology: Concepts and methods for studying the environment of human behavior.* Palo Alto, CA: Stanford University Press.

Barkley, R., & Cunningham, C. (1978). Do stimulant drugs improve the academic performance of hyperkinetic children? A review of outcome studies. *Clinical Pediatrics, 17,* 85-92.

Barlow, D H., Blanchard, E. B., Vermilyea, J. A., Vermilyea, B. B., & DiNardo, P. A. (1986). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry, 143,* 40-44.

Barnes, E. J. (1972). The black community and the science of positive self-concept for black children: A theoretical perspective In R. Jones (Ed.), *Black psychology* New York: Harper & Row.

Barr, K. L., & McDowell, R. L. (1972). Comparison of learning disabled and emotionally disturbed children on three deviant classroom behaviors. *Exceptional Children, 39,* 60-62.

Barton, L. E., Brulle, A. R., & Repp, A. C. (1983). Aversive techniques and the doctrine of least restrictive alternative. *Exceptional Education Quarterly, 3,* 1-6.

Bash, M. A., & Camp, B. W. (1980). Teacher training in the Think Aloud classroom program. In G. W. Cartledge & J. F. Milburn (Eds.), *Teaching social skills to children: Innovative approaches* Elmsford, NY: Pergamon Press.

Bates, J. E., Freeland, C. A B., & Lounsbury, M. L (1979). Measurement of infant difficultness. *Child Development, 50,* 794-803.

Bateson, G., Jackson, D D., Haley, J., & Weakland, J (1969). Toward a theory of schizophrenia, In A. H. Buss & E.H. Buss (Eds), *Theories of schizophrenia.* New York: Atherton Press. (Originally published in *Behavioral Science,* 1956, *1,* 251-264.)

Bauer, D. H. (1976). An exploratory study of developmental changes in children's fears. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 17,* 69-74.

Baumrind, D (1978) Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society, 9,* 239-276

Beavers, W. R. (1982). Healthy, midrange, and severely dysfunctional families. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 45-66). New York: Guilford Press.

Beck, A T., & Emery G. (1985). *Anxiety disorders and phobias.* New York: Basic Books.

Becker, W. C. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. In M. L. Hoffman & L. W. Hoffman (Eds.), *Review of child development research* (pp. 169-208). New York: Russell Sage.

Behling, H. E , Jr. (1986). What research says about effective schools and effective classrooms. *Counterpoint* (May), 12-13.

Bell, J. (1979). Our needs and other ecological concerns: A teacher's personal view of work with 'secondary school-aged seriously emotionally disturbed children.' *Behavioral Disorders, 4,* 168-172.

Bell, R Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review, 75,* 81-95.

Bemporad, J. R., & Schwab, M. E. (1986). The DSM-III and clinical child psychiatry. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV,* (pp. 135-150). New York: Guilford Press

Bender, L. (1947). Childhood schizophrenia: Clinical study of one hundred schizophrenic children. *American Journal of Orthopsychiatry, 17,* 40-55.

Bender, L. (1956). Schizophrenia in childhood: Its recognition, description, and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 26,* 499-506.

Bender, L. (1966). D-lysergic acid in the treatment of the biological features of childhood schizophrenia. *Diseases of the Nervous System, 7,* 43-46.

Bender, L. (1971). The nature of childhood psychosis. In J. G. Howells (Ed.), *Modern perspectives in international child psychiatry* (pp. 649-684). New York: Brunner/Mazel.

Bensky, J. M., Shaw, S. F., Grouse, A. S., Bates, H., Dixon, B., & Beane, W. F. (1980). Public Law 94-142 and stress: A problem for educators, *Exceptional Children, 47,* 24-29.

Bents, R., Lakin, K. C , & Reynolds, M. C. (1980). *Class management.* Washington, DC: American Association of Colleges for Teacher Education.

Berger, P. A., & Rexroth, K. (1980). Tardive dyskinesia: Clinical, biological, and pharmacological perspectives. *Schizophrenia Bulletin, 6,* 102-116.

Bergman, P., & Escalona, S. K. (1949). Unusual sensitivities in very young children. *Psychoanalytic Study of the Child, 3/4,* 333-353.

Berkowitz, P. H., & Rothman, E. P. (1960). *The disturbed child: Recognition and psychoeducational therapy in the classroom.* New York: New York University Press.

Bernstein, D. A., & Borkovek, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping profession.* Champaign, IL: Research Press.

Bessell, H., & Palomares, U. (1973). *Methods in human development: Magic arch theory manual.* La Mesa, CA: Human Development Training Institute.

Bettelheim, B. (1950). *Love is not enough: The treatment of emotionally disturbed children.* New York: Free Press.

Bettelheim, B. (1955b). *Truants from life: The rehabilitation of emotionally disturbed children.* New York: Free Press.

Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress.* New York: Free Press.

Bettelheim, B. (1974). *A home for the heart.* New York: Alfred A. Knopf.

Blackhurst, A. E. (1981). Noncategorical teacher preparation: Problems and promises. *Exceptional Children, 48,* 197-205.

Blackhurst, A. E., McLoughlin, J. A., & Price, L. M. (1977). Issues in the development of programs to prepare teachers of children with learning and behavior disorders. *Behavioral Disorders, 2,* 157-168.

Blankenship, C., & Lilly, M. S. (1981). *Mainstreaming students with learning and behavior problems: Techniques for the classroom teacher.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Blatt, B. (1976). On competencies and incompetencies, instruction and destruction, individualization and depersonalization: Reflections on the now-movement. *Behavioral Disorders, 1,* 89-96.

Bloom, R. B. (1979). Why that one? Some thoughts about instructional competencies for teachers of emotionally disturbed adolescents. In F. H. Wood (Ed.), *Teachers for secondary school students with serious emotional disturbance: Content for programs.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies.

Bloom, R. B. (1983). The effects of disturbed adoler

cents on their teachers. *Behavioral Disorders, 8,* 209-216.
Board of Education v. *Rowley.* 458 U.S. 176, 102 S. Ct. 3034 (1982).
Bolstad, O. D., & Johnson, S. M. (1972). Self-regulation in the modification of disruptive classroom behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 5,* 443-454.
Bond, G. L., Tinker, M. A., & Wasson, B. B. (1979). *Reading difficulties: Their diagnosis and correction* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Borg, W. R. (1976). Changing teacher and pupil performance with protocols. *Journal of Experimental Education, 15,* 9-18.
Bower, E. (1981). *The early identification of emotionally handicapped children in school* (3rd ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
Bowman, P. J., & Howard, C. (1985). Race-related socialization, motivation, and academic achievement: A study of Black youths in three-generation families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,* 134-141.
Braaten, S. (1979). The Madison school program: Programming for secondary severely emotionally disturbed youth. *Behavioral Disorders, 4,* 153-162.
Braaten, S. (1982a). *Behavioral objectives sequence.* Minneapolis, MN: Minneapolis Public Schools, Special Education Programs.
Braaten, S. (1982b). A model for the differential assessment and placement of emotionally disturbed students in special education programs. In M. M. Noel & N. Haring (Eds.), *Progress or change: Issues in educating the emotionally disturbed* (Vol. 1). Seattle, WA: University of Washington, Program Development Assistance System.
Brady, M. P., Conroy, M., & Langford, C. A. (1984). Current issues and practices affecting the development of noncategorical programs for students and teachers. *Teacher Education and Special Education, 7,* 20-26.
Brantner, J. P., & Doherty, M. A. (1983). A review of time-out: A conceptual and methodological analysis. In S. Axelrod & J. Apsche (Eds.), *The effects of punishment on human behavior.* New York: Academic Press.
Brickman, A. S., McManus, M., Grapentine, W. L., & Alessi, N. (1984). Neuropsychological assessment of seriously delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 4,* 453-457.
Brill, L. (1981). *The clinical treatment of substance abusers.* New York: Free Press.
Broden, M., Hall, R. V., & Mitts, B. (1971). The effect of self-recording on the classroom behavior of two eighth-grade students. *Journal of Applied Behavior Analysis, 4,* 191-199.
Brophy, J., & Good, T. (1974). *Teacher-student relationships: Causes and consequences.* New York: Holt, Rinehart & Winston.
Brown, L., & Hammill, D. D. (1978). *Behavior rating profile.* Austin, TX: Pro Ed.
Brown, L., Nietupski, J., & Harme-Nietupski, S. (1986). Criterion of ultimate functioning. In M.A. Thomas (Ed.), *Hey, don't forget about me!* Reston, VA: Council for Exceptional Children.
Bryan, T. H., & Bryan, J. H. (1978). *Understanding learning disabilities* (2nd ed.). Sherman Oaks, CA: Alfred Publishing.
Buckley, N. K., & Walker, H. M. (1971). Free operant teacher attention to deviant child behavior after treatment in a special class. *Psychology in the Schools, 8,* 275-284.
Bullock, L., Donohue, C., Young, J., & Warner, M. (1985). Techniques for the management of physical aggression. *The Pointer, 29,* 38-44.
Bullock, L. M., & Whelan, R. J. (1971). Competencies needed by teachers of the emotionally disturbed and socially maladjusted: A comparison. *Exceptional Children, 37,* 485-489.
Burks, H. F. (1977). Burks' Behavior Rating Scales (BBRS). Los Angeles. Western Psychological Services.
Buros, O. K., (Ed.). (1985). *The ninth mental measurements yearbook.* Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
Cameron, J. R. (1978). Parental treatment, children's temperament, and the risk of childhood behavioral problems: 2. Initial temperament, parental attitudes, and the incidence and form of behavioral problems. *American Journal of Orthopsychiatry, 48,* 140-147.
Camp, B. W., & Bash, M. A. (1981). *Think aloud: Increasing social and cognitive skill, a problem-solving program for children.* Champaign, IL: Research Press.
Camp, B. W., Blom, G. E., Hebert, F., & VanDoorninck, W. J. (1977). "Think Aloud": A program for developing self-control in young aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 5,* 57-169
Campbell, M. (1975). Pharmacotherapy in early in-

fantile autism. *Biological Psychiatry, 10,* 399–423.

Campbell, M., Anderson, L. T., Meier, M., Cohen, I., Small A., Samit, C., & Sachar, E. (1978). A comparison of haloperidol and behavior therapy and their interaction in autistic children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17,* 640–655.

Campbell, M., Anderson, L. T., Small, A. M., Perry, R., Green, W. H., & Caplan, R. (1982). The effects of haloperidol on learning and behavior in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 12,* 167-175.

Campbell, M., Cohen, I. L., & Small, A. M. (1982). Drugs in aggressive behavior. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21,* 107-117.

Campbell, M., Fish, B., Shapiro, T., & Floyd, A. (1972). Acute responses of schizophrenic children to a sedative and a "stimulating" neuroleptic: A pharmacologic yardstick. *Current Therapeutic Research, 14,* 759-766.

Campbell, M., & Green, W. H. (1985). Pervasive developmental disorders of childhood. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1672-1683). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Cantor, S., Evans, J., Pearce, J., & Pezzot-Pearce, T. (1982). Childhood schizophrenia : Present but not accounted for. *American Journal of Psychiatry, 139,* 758-762.

Cantwell, D. P. (1982). Childhood depression: A review of current research. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 5, pp. 39-93). New York: Plenum Press.

Cantwell, D. P. (1983). Depression in childhood: Clinical picture and diagnostic criteria. In D. P. Cantwell & G. A. Carlson (Eds.), *Affective disorders in childhood and adolescence* (pp. 3-19). New York: Spectrum Medical and Scientific Books.

Capaldi, F. J., & McRae, B. (1979). *Stepfamilies: A cooperative responsibility.* New York: New Viewpoints/Vision Books.

Carey, W. B., McDevitt, S. C., & Baker, D. (1979). Differentiating minimal brain dysfunction and temperament. *Developmental Medicine and Child Neurology, 21,* 765-772.

Carpenter, R. L., & Apter, S. J. (1987). Research integration of cognitive-emotional interventions for behaviorally disordered children and youth. In M. C. Wang, H. J. Walberg, & M. C. Reynolds (Eds.), *The handbook of special education: Research and practice.* Oxford, England: Pergamon Press.

Cartledge, G., & Milburn, J. F. (1980). The case for teaching social skills in the classroom: A review. *Review of Educational Research, 48,* 133-156.

Cartledge, G., & Milburn, J. F. (1986). *Teaching social skills to children.* Elmsford, NY: Pergamon Press.

Cartwright, C. A., & Cartwright, G. P. (1984). *Developing observation skills* (2nd Ed.). New York: McGraw-Hill.

Cartwright, G. P., Cartwright, C. A., & Ward, M. E. (1984). *Educating special learners* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Chapman, W. E. (1977). *Roots of character education.* Schenectady, NY: Character Research Press.

Chess, S., Thomas, A., & Birch, H. G. (1967). Behavior problems revisited: An anterospective study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 6,* 321-331.

Claghorn, J. (1972). A double-blind comparison of haloperidol (Haldol) and thioridazine (Mellaril) in outpatient children. *Current Therapeutic Research, 14,* 785-789.

Coates, B. (1972). White adult behavior toward black and white children. *Child Development, 43,* 145-154.

Cobb, D., & Evans, J. (1981). The use of biofeedback techniques with school-aged children exhibiting behavioral and/or learning problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 9,* 251-281.

Coleman, M. C. (1986). *Behavior disorders: Theory and practice.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Coleman, M. C., & Gilliam, J. E. (1983). Disturbing behaviors in the classroom: A survey of teacher attitudes. *The Journal of Special Education, 17,* 121-129.

Conger, R. D. (1981). The assessment of dysfunctional family systems. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 4, pp. 199-243). New York: Plenum Press.

Cook, J. M. E., & Leffingwell, R. J. (1982). Stressors and remediation techniques for special educators. *Exceptional Children, 49,* 54-59.

Coopersmith, S. A. (1981). *Coopersmith self-esteem inventories.* Monterey, CA: Publishers Test Service.

Cornett, C. E., & Cornett, C. F. (1980). *Bibliotherapy: The right book at the right time.* Bloomington, IN: Phi Delta Kappa Educational Foundation.

Costello, C. G. (1981). Childhood depression. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assess-*

ment of childhood disorders (pp. 305–346). New York: Guilford Press.

Cottingham, P. (1975). Black income and metropolitan residential dispersion. *Urban Affairs Quarterly, 10,* 273–296.

Cowen, E., Pederson, A., Barbigian, H., Izzo, L., & Trost, M. (1973). Long-term follow-up of early detected vulnerable children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41,* 436–438.

Cox, A., Rutter, M., Newman, S., & Bartak, L. (1975). A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder: II. Parental characteristics. *British Journal of Psychiatry, 126,* 146–159.

Creak, M. (1961). Schizophrenic syndrome in childhood. Progress report of a working party. *Cerebral Palsy Bulletin, 3,* 501–504.

Crohn, H. Sager, C. J., Rodstein, E., Brown, H. S., Walker, L., & Beir, J. (1981). Understanding and treating the child in the remarried family. In I. R. Stewart & L. E. Abt (Eds.), *Children of separation and divorce: Management and treatment* (pp. 293–317). New York: Van Nostrand Reinhold.

Cruickshank, W., Bentzen, F., Ratzeburg, F., & Tannhauser, M. (1961). *A teaching method for brain-injured and hyperactive children.* Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Cullinan, D., Epstein, M. H., & Dembinski, R. J. (1979). Behavior problems of educationally handicapped and normal pupils. *Journal of Abnormal Child Psychology, 7,* 475–502.

Cullinan, D., Epstein, M. H., & Kauffman, J. M. (1982). The behavioral model and children's behavior disorders: Foundation and evaluations. In R. L. McDowell, G. W. Adamson, & F. H. Wood (Eds.), *Teaching emotionally disturbed children.* Boston: Little, Brown and Co.

Cullinan, D., Epstein, M. H., & Schultz, R. M. (1987). Important SED teacher competencies to residential, local, and university authorities. *Teacher Education and Special Education, 9,* 63–70.

Cullinan, D., Epstein, M., & Lloyd, J. (1983). *Behavior disorders of children.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Cytryn L., & McKnew, D. H. (1972). Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry, 129,* 149–155.

Dahl, E. K., Cohen, D. J., & Provence, S. (1986). Clinical and multivariate approaches to the nosology of pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25,* 170–180.

Daniels, W. D. Jr. (1980). Tumbling my way to success. In N. J. Long, W. C. Morse, & R. J. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom: The education of emotionally disturbed children* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Darby, J. K. (1976). Neuropathologic aspects of psychosis in children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 6,* 339–352.

David, O. J., Clark, J., & Voeller, K. (1972). Lead and hyperactivity. *The Lancet, 2,* 900–903.

DeMagistris, R. J., & Imber, S. C. (1980). The effects of life space interviewing on academic and social performance of behaviorally disordered children. *Behavioral Disorders, 6,* 12–25.

Dembinski, R. J., Schultz, E. W., & Walton, W. T. (1982). Curriculum intervention with the emotionally disturbed student: A psychoeducational perspective. In R. L. McDowell, G. W. Adamson, & F. H. Wood (Eds.), *Teaching emotionally disturbed children.* Boston: Little, Brown and Co.

DeMyer, M. K., Barton, S , Alpern, G. D., Kimberlin, C., Allen, J., Yang, E., & Steele, R. (1974). The measured intelligence of autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 4,* 42–60.

DeMyer, M. K., Barton, S., DeMyer, W. E., Norton, J. A., Allen, J., & Steele, R. (1973). Prognosis in autism: A follow-up study *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 3,* 199–246.

DeMyer, M. K., & Ferster, C. B. (1962). Teaching new social behavior to schizophrenic children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1,* 443–461.

DeMyer, M. K., Hingtgen, J. N., & Jackson, R. K. (1981). Infantile autism reviewed: A decade of research. *Schizophrenia Bulletin, 7,* 388–451.

DeMyer, M. K., Pontius, W., Norton, J. A., Barton, S., Allen, J., & Steele, R. (1972). Parental practices and innate activity in normal, autistic, and brain-damaged infants. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 2,* 49–66.

Deno, E. (1970). Special education as developmental capital. *Exceptional Children, 37,* 229–237.

Deno, S., & Mirkin, P. K. (1977). *Data-based program modification.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.

De Sanctis, S. (1971). On some varieties of dementia praecox. In J. G. Howells (Ed.), *Modern perspectives in international child psychiatry* (pp. 590–609).

New York: Brunner/Mazel. (Reprinted from *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1906, 32, 141-165.)
Deshler, D. D., & Schumaker, J. B. (1986). Learning strategies: An instructional alternative for low-achieving adolescents. *Exceptional Children, 52,* 583-590.
Deshler, D. D., Schumaker, J. B., & Lenz, B. K. (1984). Academic and cognitive interventions for LD adolescents: Part 1. *Journal of Learning Disabilities, 17,* 108-117.
DesLauriers, A. M. (1978). Play, symbols, and the development of language. In M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autism: A reappraisal of concepts and treatment.* New York: Plenum Press.
DesLauriers, A. M., & Carlson, C. (1969). *Your child is asleep.* Homewood, IL: Dorsey Press.
Despert, J. L. (1938). Schizophrenia in children. *Psychiatric Quarterly, 12,* 366.
Despert, J. L. (1965). *The emotionally disturbed child—then and now.* New York: Robert Brunner.
Despert, J. L. (1968). *Schizophrenia in children.* New York: Robert Brunner.
Dewey, J. (1938). *Experience and education.* New York: Collier.
Deykin, E. Y., & McMahon, B. (1979). The incidence of seizures among children with autistic symptoms. *American Journal of Psychiatry, 136,* 1310-1312.
Dietz, D. E., & Repp, A. C. (1983). Reducing behavior through reinforcement. *Exceptional Education Quarterly, 3,* 34-36.
Dinkmeyer, D. (1982). *Developing understanding of self and others—revised* (DUSO-R). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy.* New York: McGraw-Hill.
Donnellan, A. M. (1984). The criterion of the least dangerous assumption. *Behavioral Disorders, 9,* 141-150.
Dorval, B., McKinney, J. D., & Feagans, L. (1982). Teacher interaction with learning disabled children and average achievers. *Journal of Pediatric Psychology, 17,* 317-330.
Drake, H. (1981). Helping children cope with divorce: The role of the school. In I. R. Stewart & L. E. Abt (Eds.), *Children of separation and divorce: Management and treatment* (pp. 147-172). New York: Van Nostrand Reinhold.
Dreger, R. M., & Miller, K. S. (1968). Comparative psychological studies of Negroes and whites in the United States: 1959-1965. *Psychological Bulletin, 70* (Supplement), 1-58.
Dreyer, S. S. (1985). *The bookfinder* (Vol. 3). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
Dupont, H. (1977). Toward affective development: Teaching for personal development. In *Proceedings of a Conference on Preparing Teachers to Foster Personal Growth in Emotionally Disturbed Students.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies.
Dupont, H., & Dupont, C. (1979). *Transition.* Circle Pines, MN: American Guidance Service.
Dupont, H., Gardner, O. W., & Brody, D. S. (1974). *Toward affective development* (TAD). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
DuPont, R. L. (1984). *Getting tough on gateway drugs: A guide for the family.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
Edelbrock, C., Costello, A. J., & Kessler, M. D. (1984). Empirical corroboration of the attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,* 285-290.
Edelbrock, C. S., & Achenbach, T. M. (1980). A typology of child behavior profile patterns: Distribution and correlates for disturbed children aged 6-16. *Journal of Abnormal Child Psychology, 8,* 441-470.
Edelman, M. W. (1987). *Families in peril: An agenda for social change.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
Edgar, E. (1987). Secondary programs in special education: Are many of them justifiable? *Exceptional Children, 53,* 555-561.
Eggers, C. (1978). Course and prognosis of childhood schizophrenia, *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 8,* 21-36.
Einstein, E (1982). *The stepfamily: Living, loving, and learning.* New York: Macmillan.
Eisenberg, L. (1957). The fathers of autistic children. *American Journal of Orthopsychiatry, 27,* 715-724.
Eisenberg, L., & Kanner, L. (1956). Early infantile autism: 1943-1955. *American Journal of Orthopsychiatry, 36,* 556-566.
Elias, M. J. (1983). Improving coping skills of emotionally disturbed boys through television-based social problem solving. *American Journal of Orthopsychiatry, 53,* 61-72.
Elliott, S. N., Witt, J. C., Galvin, G. A., & Peterson, R. L. (1984). Acceptability of positive and reductive behavioral interventions: Factors that in-

fluence teachers' decisions. *The Journal of School Psychology, 22,* 353-360.

Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin, 92,* 310-330.

Empey, L. T. (1967). Delinquent subcultures: Theory and recent research. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 4,* 32-42.

Engelhardt, D., Polizos, P., & Waizer, J. (1975). CNS consequences of psychotropic drug withdrawal in children: A follow-up report. *Psychopharmacology Bulletin, 11,* 6-7.

Epstein, M. H., & Cullinan, D. (1983). Academic performance of behaviorally disordered and learning disabled pupils. *The Journal of Special Education, 17,* 303-307.

Epstein, M. H., & Olinger, E. (1987). Use of medication in school programs for behaviorally disordered pupils. *Behavioral Disorders, 13,* 138-145.

Erikson, E. (1959). *Identity and the life cycle: Selected papers by Erik H. Erikson.* New York: International Universities Press.

Erikson, E. (1963). *Childhood and society.* (2nd ed.) New York: W. W. Norton.

Erikson, E. (1964). *Insight and responsibility.* New York. W. W. Norton.

Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis.* New York: W. W. Norton.

Etaugh, C. (1980). Effects of nonmaternal care on children: Research evidence and popular views. *American Psychologist, 35,* 309-319.

Etscheidt, S., Stainback, S., & Stainback, W. (1984). The effectiveness of teacher proximity as an initial technique of helping pupils control their behavior. *The Pointer, 28,* 33-35.

Evans, S. S., Evans, W. H., & Mercer, C. D. (1986). *Assessment for instruction.* Boston: Allyn and Bacon.

Evans, W. H., Evans, S. S., Schmid, R. E., & Pennypacker, H. S. (1985). The effects of exercise on selected classroom behaviors of behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders, 11,* 42-51.

Evertson, C., Hawley, W., & Zlotnick, M. (1984). *The characteristics of effective teacher preparation programs: A review of research.* Nashville, TN: Vanderbilt University, Peabody Center for Effective Teaching.

Eysenck, H. J. (1976). The learning theory model of neurosis – a new approach. *Behavior Research and Therapy, 14,* 251-268.

Eysenck, H J. (1977). *Crime and personality.* London: Routledge and Kegan Paul.

Eysenck, H J., & Prell, D B. (1951). The inheritance of neuroticism: An experimental study. *Journal of Mental Science, 97,* 441-467.

Fagen, S. A. (1978). Sustaining our teaching resources: A public school-based internship in special education. In C. M. Nelson (Ed.), *Field-based teacher training: Applications in special education.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies.

Fagen, S. A., Long, N., & Stevens, D. (1975). *Teaching children self-control: Preventing emotional and learning problems in the elementary school.* Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Faretra, G., Dooher, L., & Dowling, J. (1970). Comparison of haloperidol and fluphenazine in disturbed children. *American Journal of Psychiatry, 126,* 1670-1673.

Farley, R. (1977). Trends in racial inequalities: Have the gains of the 1960's disappeared in the 1970's? *American Sociological Review, 42,* 189-208.

Feagans, L. (1974). Ecological theory as a model for constructing a theory of emotional disturbance. In W. C. Rhodes & M. L. Tracy (Eds.), *A study of child variance (Vol. 1): Conceptual models* (pp. 323-389). Ann Arbor: University of Michigan Press.

Feagans, L., & McKinney, J. D. (1981). The pattern of exceptionality across domains in learning disabled children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 1,* 313-328.

Federal Register. (1977). *Regulations implementing Education for All Handicapped Children Act of 1975* (Public Law 94-142), (August 23), 42474-42518. Author.

Fein, D., Pennington, B., Markowitz, P., Braverman, M., & Waterhouse, L. (1986). Toward a neuropsychological model of infantile autism: Are the social deficits primary? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25,* 198-212.

Fein, D., Skoff, B., & Mirsky, A. F. (1981). Clinical correlates of brainstem dysfunction in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 3,* 303-314.

Feinberg, F. C., & Wood, F. H. (1978). Goals for teachers of seriously emotionally disturbed children. In F. H. Wood (Ed.), *Preparing teachers to develop and maintain therapeutic educational environments.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies.

Feingold, B. F. (1975). *Why your child is hyperactive.* New York. Random House.
Feingold, B. F (1976). Hyperkinesis and learning disabilities linked to the ingestion of artificial food colors and flavors. *Journal of Learning Disabilities, 9,* 551-559.
Feldman, D. (1964). Psychoanalysis and crime. In B. Rosenberg, I. Gerver, & F. W. Howton (Eds.), *Mass society in crisis* (pp. 50-58). New York: Macmillan.
Fenichel, C. (1971). Psychoeducational approaches for seriously disturbed children in the classroom. In N. J. Long, W. C. Morse, & R. G. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
Fenichel, C. (1974a). Carl Fenichel. In J. M. Kauffman & C. D. Lewis (Eds.), *Teaching children with behavior disorders: Personal perspectives.* Columbus, OH: Charles E. Merrill.
Fenichel, C. (1974b). Special education as the basic therapeutic tool in treatment of severely disturbed children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 4,* 177-186.
Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis.* New York: W. W. Norton.
Ferster, C. B. (1961). Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. *Child Development, 32,* 437-456.
Ferster, C. B., & DeMyer, M. K. (1961). The development of performances in autistic children in an automatically controlled environment. *Journal of Chronic Disease, 13,* 312-345.
Fiedler, N. L., & Ullman, D. G. (1983). The effects of stimulant drugs on curiosity behaviors of hyperactive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 11,* 193-206.
Fimian, M. J. (1986). Social support, stress, and special education teachers: Improving the work situation. *The Pointer, 31,* 49-53.
Firestone, P., Crowe, D., Goodman, J. T., & McGrath, R. (1986). Vicissitudes of follow-up studies: Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *American Journal of Orthopsychiatry, 56,* 184-194.
Fisçus, E. D., & Mandell, C. J. (1983). *Developing individualized education programs.* St. Paul, MN: West.
Fishburne, P. M., & Cisin, I. (1980). *National survey on drug abuse: Main findings: 1979.* Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
Fitts, W. (1965). *Tennessee self-concept inventory.* Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests.
Fitzgerald, G. E. (1982). *Practical approaches for documenting behavioral progress of behaviorally disordered students.* Des Moines, IA: Drake University, Midwest Regional Resource Center.
Fleck, S. (1985). The family and psychiatry, In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed., pp. 273-294). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
Folstein, S., & Rutter, M. (1977). Genetic influences and infantile autism. *Nature, 265,* 726-728.
Forness, S. R. (1979). Normative behavioral data as a standard in classroom treatment of educationally handicapped children. In R. B. Rutherford, Jr. & A. G. Prieto (Eds.), *Monograph in behavioral disorders.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.
Forness, S. R., Sinclair, E., & Russell, A. T. (1984). Serving children with emotional or behavior disorders: Implications for educational policy. *American Journal of Orthopsychiatry, 54,* 22-32.
Frances, A., & Schiff, M. (1976). Popular music as a catalyst in the induction of therapy groups for teenagers. *International Journal of Group Psychotherapy, 26,* 393-398.
Francescani, C. (1982). MARC: An affective curriculum for emotionally disturbed adolescents. *Teaching Exceptional Children, 14,* 217-222.
Frank, G. H. (1965). The role of the family in the development of psychopathology. *Psychological Bulletin, 64,* 191-205.
Frank, S. M., Allen, D. A., Stein, L., & Myers, B. (1976). Linguistic performance in vulnerable and autistic children and their mothers. *American Journal of Psychiatry, 133,* 909-915.
Frankel, F. (1976). Experimental studies of autistic children in the classroom. In E. Ritvo, B. J. Freeman, E. Ornitz, & P. Tanguay (Eds.), *Autism: Diagnosis, current research, and management* (pp. 185-194). New York: Spectrum Publications.
Franks, C. M., Wilson, G. T., Kendall, P. C., & Brownell, K. D. (1984). *Annual review of behavior therapy* (Vol. 10). New York: Guilford Press.
French, A. P. (1979). "Depression in children"—the development of an idea. In A. French & I. Berlin (Eds.), *Depression in children and adolescents* (pp. 17-28). New York: Human Sciences Press.
Freud, S. (1930). *Civilization and its discontents.* London: Hogarth Press.
Freud, S. (1936). *The problem of anxiety.* New York: Psychoanalytic Quarterly Press.

Freudenberger, H. J (1974). Staff burnout *Journal of Social Issues, 30,* 1959-1965.

Friedlander, S., Pothier, P., Morrison, D., & Herman, L. (1982). The role of neurological-developmental delay in childhood psychopathology. *American Journal of Orthopsychiatry, 51,* 102-107.

Frommer, E. A. (1967). Treatment of childhood depression with antidepressant drugs. *British Medical Journal, 1,* 729-32.

Gadow, K. D. (1979). *Children on medication: A primer for school personnel.* Reston, VA: The Council for Exceptional Children.

Gadpaille, W. J. (1980). Psychiatric treatment of the adolescent. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed., pp. 1805-1812). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Gajar, A. (1979). Educable mentally retarded, learning disabled, emotionally disturbed: Similarities and differences. *Exceptional Children, 45,* 470-472.

Gallagher, J. J. (1976). James J. Gallagher. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Teaching children with learning disabilities: Personal perspectives.* Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Gast, D. L., & Nelson, C. M. (1977a). Legal and ethical considerations for the use of time-out in special education settings. *Journal of Special Education, 11,* 457-467.

Gast, D. L., & Nelson, C. M. (1977b). Time-out in the classroom: Implications for special education. *Exceptional Children, 43,* 461-464.

Gaylord-Ross, R. J., Haring, T. G., Breen, C., & Pitts-Conway, V. (1984). The training and generalization of social interaction skill with autistic youth. *Journal of Applied Behavior Analysis, 17,* 229-247.

Gaylord-Ross, R. J., & Pitts-Conway, V. (1983). Social behavior development in integrated secondary autistic programs. In N. Certo, T. G. Haring, & R. York (Eds.), *Public school integration of the severely handicapped: Rational issues and progressive alternatives* (pp. 197-219). Baltimore, MD: Paul H. Brooks.

Georgotas, A. (1980). Affective disorders: Pharmacotherapy. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed., pp. 822-833). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Gersten, R., Woodward, J., & Darch, C. (1986). Direct instruction: A research-based approach to curriculum design and teaching. *Exceptional Children, 53,* 17-31.

Gillberg, G., & Schaumann, H. (1982). Social class and infantile autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 12,* 223-228.

Gillberg, G., Terenius, L., & Lonnerholm, G. (1985). Endorphin activity in childhood psychosis. *Archives of General Psychiatry, 42,* 780-783.

Gittelman, M., & Birch, H. G. (1967). Childhood schizophrenia: Intellect, neurological status, perinatal risk and family pathology. *Archives of General Psychiatry, 17,* 271-278.

Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R , & Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry, 42,* 937-947.

Glasser, W. (1965). *Reality therapy.* New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1969). *Schools without failure.* New York: Harper & Row.

Glen, D., Rueda, R., & Rutherford, R. (1984). Cognitive approaches to social competence with behaviorally disordered youth. In J. K. Grosenick, S. L. Huntze, E. McGinnis, & C. R. Smith (Eds.), *Social/affective interventions in behavioral disorders.* Columbia, MO· University of Missouri-Columbia, Department of Special Education, National Needs Analysis in Behavior Disorders Project.

Glidewell, J. C., & Swallow, C. S. (1969). *The prevalence of maladjustment in elementary schools.* Chicago: University of Chicago Press.

Glueck, S., & Glueck, E. (1950). *Unraveling juvenile delinquency.* New York: Commonwealth Fund.

Glueck, S., & Glueck, E. (1962). *Family environment and delinquency.* Boston: Houghton Mifflin.

Glueck, S., & Glueck, E. (1968). *Delinquents and nondelinquents in perspective.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Goddard, H. H. (1912). *The Kallikak family: A study in the heredity of feeble-mindedness.* New York: Macmillan.

Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J., & Klein, P. (1980). *Skill-streaming the adolescent: A structured approach to teaching prosocial skills.* Champaign, IL: Research Press.

Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J., & Klein, P. (1983). Structured learning: A psychoeducational approach for teaching social competencies. *Behavioral Disorders, 8,* 161-170.

Goldstein, H. S. (1984). Parental composition, supervision, and conduct problems in youths 12 to 17 years old. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,* 679-684.

Good, T. L. (1981). Teacher expectations and student

perceptions: A decade of research. *Educational Leadership, 38,* 415–421.

Gottman, J., & McFall, R. (1972). Self-monitoring effects in a program for potential high school dropouts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39,* 273-281.

Gould, M. S., & Shaffer, D. (1986). The impact of suicide in television movies: Evidence of imitation. *New England Journal of Medicine, 315,* 690–694.

Graham, P., Rutter, M., & George, S. (1973). Temperamental characteristics as predictors of behavior disorders in children. *American Journal of Orthopsychiatry, 43,* 328–339.

Graubard, P. S. (1969). Utilizing the group in teaching disturbed delinquents to learn. *Exceptional Children, 35,* 267-272.

Graubard, P. S. (1973). Children with behavioral disabilities. In L. Dunn (Ed.), *Exceptional children in the schools.* New York: Holt, Rinehart & Winston

Graziano, A., & De Giovanni, I. S. (1979). The clinical significance of childhood phobias. A note on the proportion of child-clinical referrals for the treatment of children's fears. *Behavior Research and Therapy, 17,* 161

Graziano, A. M. (1978). Parents as behavior therapists. In M. Hersen, R. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification.* New York: Academic Press.

Greenough, K. N., Huntze, S. L., Nelson, C. M., & Simpson, R. L. (1983). *Noncategorical versus categorical issues in programming for behaviorally disordered children and youth.* Columbia, MO: University of Missouri-Columbia, Department of Special Education, National Needs Analysis/Leadership Training Project.

Greer, J. G., & Wethered, C. E. (1984). Learned helplessness: A piece of the burnout puzzle. *Exceptional Children, 50,* 526–530.

Gresham, F. M. (1979). Comparison of response cost and time-out in a special education setting. *Journal of Special Education, 13,* 199–208.

Gresham, F. M. (1981). Social skills training with handicapped children: A review. *Review of Educational Research, 51,* 139–176.

Gresham, F. M. (1984). Social skills and self-efficacy for exceptional children. *Exceptional Children, 51,* 253-261.

Grief, J. (1979). Fathers, children and joint custody. *American Journal of Orthopsychiatry, 49,* 311-319

Grosenick, J. K. (1971). Integration of exceptional children into regular classes. Research and procedures. *Focus on Exceptional Children, 3,* 1–8.

Grosenick, J. K. (1986). *Program effectiveness: Current practices and future prospects.* Paper presented at Midwest Symposium for Leadership in Behavioral Disorders, 28 February, at Kansas City, MO.

Grosenick, J. K., & Huntze, S. L. (1980). *National needs analysis in behavior disorders: Severe behavior disorders.* Columbia, MO: University of Missouri, Department of Special Education.

Grosenick, J. K., & Huntze, S. L. (1983) *More questions than answers: Review and analysis of programs for behaviorally disordered children and youth.* Columbia, MO: University of Missouri-Columbia, Department of Special Education, National Needs Analysis/Leadership Training Institute.

Grosenick, J. K., Huntze, S. L., Kochan, B., Peterson, R. L., Robertshaw, C. S., & Wood, F. H. (1982a). *Disciplinary exclusion of seriously emotionally disturbed children from public schools.* Des Moines, IA: Drake University, Midwest Regional Resource Center.

Grosenick, J. K., Huntze, S. L., Kochan, B., Peterson, R. L., Robertshaw, C. S., & Wood, F. H. (1982b). *National needs analysis in behavior disorders: Psychotherapy as a related service.* Columbia, MO: University of Missouri, Department of Special Education.

Gross, M. D., Tofanelli, R. A., Butzirus, S. M., & Snodgrass, E. A. (1987). The effect of diets rich in and free from additives on the behavior of children with hyperkinetic and learning disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 53–55.

Grossman, H. (Ed.) (1973). *Manual on terminology and classification in mental retardation* (rev. ed.). Washington, DC: American Association on Mental Deficiency

Group for the Advancement of Psychiatry (1966). *Psychopathological disorders in childhood: Theoretical considerations and a proposed classification* (GAP Report No. 62).

Group for the Advancement of Psychiatry (1973). *The joys and sorrows of parenthood.* New York: Charles Scribner's Sons.

Guetzloe, E. (1984) CCBD newsletter. *Behavioral Disorders, 10,* 75–78.

Guidubaldi, J., & Perry, J. D. (1985). Divorce, socioeconomic status, and children's cognitive-social competence at school entry. *American Journal of Orthopsychiatry, 54,* 459–468.

Hacker, A. (1983). *U.S. A statistical portrait of the American people.* New York: Viking Press.

Hall, R V., Hawkins, R P., & Axelrod, S. (1975). Measuring and recording student behavior: A behavior analysis approach. In R. A. Weinberg & F. H. Wood (Eds.), *Observation of pupils and teachers in mainstream and special education: Alternative strategies.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Leadership Training Institute/Special Education.

Hallahan, D P., & Kauffman, J M. (1977). Labels, categories, behaviors: ED, LD, and EMR reconsidered. *Journal of Special Education, 11,* 139–149.

Halperin, J. M., Gittelman, R., Katz, S., & Struve, F. A. (1986). Relationship between stimulant effect, electroencephalogram, and clinical neurological findings in hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25,* 820–825.

Hammill, D., & Larsen, S. (1978). The effectiveness of psycholinguistic training, *Exceptional Children, 41,* 5–14.

Hammill, D., Leigh, L. E., McNutt, G., & Larsen, S. C. (1981). A new definition of learning disabilities. *Learning Disabilities Quarterly, 4,* 336–342.

Hanna, G., Dyck, N., & Holen, M. (1979). Objective analysis of achievement-aptitude discrepancies in LD classification. *Learning Disabilities Quarterly, 2,* 32–38.

Hanson, D. R., & Gottesman, I. I. (1976). The genetics, if any, of infantile autism and childhood schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 6,* 209–234.

Haring, N. G., & Fargo, G. A. (1969). Evaluating programs for preparing teachers of emotionally disturbed children. *Exceptional Children, 36,* 157–162.

Harms, J. M., Etscheidt, S. L., & Lettow, L. J. (1986). Extending emotional responses through poetry experiences. In M. K. Zabel (Ed.), *TEACHING: Behaviorally disordered youth* (Vol. 2), Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Harper, L. V. (1975). The scope of offspring effects: From caregiver to culture. *Psychological Bulletin, 82,* 784–801.

Harrington, R. G. (1984). Assessment of learning disabled children. In J. Weaver (Ed.), *Testing children.* Kansas City, MO: Test Corporation of America.

Harris, K R. (1982). Cognitive-behavior modification: Application with exceptional students. *Focus on Exceptional Children, 15,* 1–16.

Harris, K. R. (1985). Definitional, parametric, and procedural considerations in time-out interventions and research. *Exceptional Children, 51,* 279–288.

Harris, S. L. (1982). A family systems approach to behavioral training with parents of autistic children *Child and Family Behavior Therapy, 4,* 21–35

Harris, W. J (1984). The Making Better Choices program. *The Pointer, 29,* 16–19.

Healy, W , & Alper, B (1941) *Criminal youth and the Borstal System.* New York: The Commonwealth Fund.

Hechtman, L., & Weiss, G (1983). Long-term outcome of hyperactive children. *American Journal of Orthopsychiatry, 53,* 532–541.

Hechtman, L., Weiss, G., & Perlman, T. (1984a). Hyperactives as young adults: Past and current substance abuse and antisocial behavior. *American Journal of Orthopsychiatry, 54,* 415–425.

Hechtman, L., Weiss, G., & Perlman, T. (1984b). Young adult outcome of hyperactive children who received long-term stimulant treatment. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,* 261–269.

Heller, T. (1930). About dementia infantilis. Reprinted in J. G. Howells (Ed.). (1969). Modern perspectives in international child psychiatry. New York: Brunner/Mazel.

Heron, T. E. (1978). Punishment: A review of the literature with implications for the teacher of mainstreamed children. *Journal of Special Education, 12,* 243–252.

Heron, T. E., & Harris, K. C. (1982). *The educational consultant: Helping professionals, parents, and mainstreamed students.* Boston: Allyn and Bacon.

Hersh, R. H., & Walker, H. (1982). *Great expectations: Making schools effective for all students.* Eugene, OR: Department of Special Education.

Hetherington, E. M. (1979). Divorce: A child's perspective. *American Psychologist, 34,* 851–858.

Hetherington, E. M. (1984). Stress and coping in children and families. In A. B. Doyle, D. Gold, & D S. Moskowitz (Eds.), *Children in families under stress: New directions for child development* (pp. 7–34). San Francisco: Jossey Bass.

Hetherington, E. M., Arnett, J., & Hollier, A. (1985). The effects of remarriage on children and families. In P. Karoly & S. Wolchik (Eds.), *Family transition.* New York: Garland Press.

Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1985). Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,* 518–530.

Hetherington, E. M., & Martin, B. (1972). Family interaction and psychopathology in children. In

H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (pp 30–82). New York: John Wiley & Sons.

Heuchert, C. M., Morrisey, D., & Jackson, S. R. (1980). TREES: A five-day residential alternative school for emotionally disturbed adolescents. In N. J. Long, W. C. Morse, & R. G. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom: The education of emotionally disturbed children*. Belmont, CA: Wadsworth.

Heward, W. L., Cooper, J. O., Heron, T. E., Hill, D. S., McCormick, S., Porter, J. T., Stephens, T. M., & Sutherland, H. A. (1981). Noncategorical teacher training in a state with categorical certification requirements. *Exceptional Children, 48*, 206-212.

Hewett, F. M. (1967). A hierarchy of competencies for teachers of emotionally handicapped children. *Exceptional Children, 33*, 459–467.

Hewett, F. M. (1968). *The emotionally disturbed child in the classroom: A developmental strategy for educating children with maladaptive behavior*. Boston: Allyn and Bacon.

Hewett, F. M. (1981). Behavioral ecology: A unifying strategy for the '80's. In R. Rutherford, A. Prieto, & J. McGlothlin (Eds.), *Severe behavior disorders of children and youth*. Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Hewett, F. M., & Forness, S. R. (1977). *Education of exceptional learners*. Boston, Allyn and Bacon.

Hewett, F. M., & Taylor, F. D. (1980). *The emotionally disturbed child in the classroom: The orchestration of success* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Hewett, F. M., Taylor, F. D., & Artuso, A. A. (1969). The Santa Monica Project: Evaluation of an engineered classroom design with emotionally disturbed children. *Exceptional Children, 46*, 523–529.

Hewitt, L. E., & Jenkins, R. L. (1946). *Fundamental patterns of maladjustment: The dynamics of their origin*. Springfield, IL: State of Illinois.

Himmelweit, H. T. (1953). A factorial study of "children's behavior problems." In H. J. Eysenck (Ed.), *The structure of human personality*. London: Methuen.

Hingtgen, J. N., & Bryson, C. Q. (1972). Recent developments in the study of early childhood psychoses: Infantile autism, childhood schizophrenia, and related disorders. *Schizophrenia Bulletin, 5*, 8–54.

Hirschi, T., & Hindenlang, M. J. (1977). Intelligence and delinquency: A revisionist review. *American Sociological Review, 42*, 571–587.

Hlidek, R. (1979). Creating positive classroom environments. In M. C. Reynolds (Ed), *What research and experience say to the teacher of exceptional children Classroom social environments* Reston, VA: The Council for Exceptional Children.

Hobbs, N. (1966). Helping disturbed children. Ecological and psychological strategies. *American Psychologist, 21*, 1105–1115.

Hobbs, N. (1974). Nicholas Hobbs In J. M. Kauffman & C. D. Lewis (Eds.), *Teaching children with behavior disorders: Personal perspectives*. Columbus, OH. Charles E. Merrill.

Hobbs, N. (1978). Perspectives on re-education *Behavioral Disorders, 3*, 65–66

Hobbs, S. A., & Forehand, R. (1977). Important parameters in the use of time-out with children. A reexamination. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology, 9*, 365–370.

Hodgman, C. H. (1985). Recent findings in adolescent depression and suicide *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 6*, 162–170.

Hoffman, L W. (1979). Maternal employment: 1979. *American Psychologist, 34*, 859–865.

Hoffman, L. W. (1984). Effects of maternal employment on the child – a review of the research. *Developmental Psychology, 10*, 204–228.

Holinger, P. C., & Offer, D. (1982). Prediction of adolescent suicide: A population model. *American Journal of Psychiatry, 139*, 302–307.

Homme, L., Csanyi, A. P., Gonzales, M. A., & Rechs, J. R. (1969). *How to use contingency management in the classroom*. Champaign, IL: Research Press.

Hood-Smith, N. E., & Leffingwell, R. J. (1984). The impact of physical space alteration on disruptive classroom behavior: A case study. *Education, 104*, 224–230.

Hsu, L. K. G., Wisner, K., Richey, E. T., & Goldstein, C. (1985). Is juvenile delinquency related to an abnormal EEG? A study of EEG abnormalities in juvenile delinquents and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24*, 310-315.

Huber, F. (1976). A strategy for teaching cooperative games: Let's put back the fun in games for disturbed children. In N. J. Long, W. C. Morse, & R. G. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom* (3rd. ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Huntze, S. L. (1985). A position paper of The Council for Children with Behavioral Disorders. *Behavioral Disorders, 10*, 167–174.

Huntze, S. L. (1987). Cooperative interface of schools

and other child care systems for the behaviorally disordered In M. C. Wang, H. J. Walberg, & M. C. Reynolds (Eds.), *Handbook of special education: Research and practice*. Oxford, England. Pergamon Press

Huntze, S. L., & Grosenick, J. K. (1980). *National needs analysis in behavior disorders: Human resource issues in behavior disorders*. Columbia, MO: University of Missouri-Columbia, Department of Special Education

Hutt, S., & Hutt, C. (1970). *Behavior studies in psychiatry*. Oxford, England: Pergamon Press.

Hutton, J. B. (1983). How to decrease problem behavior at school by recording desirable behavior at home. *The Pointer, 28*, 25-28.

Imber, S. C., Imber, R. B., & Rothstein, C. (1979). Modifying independent work habits: An effective teacher-parent communication program. *Exceptional Children, 46*, 218-229.

Imig, D. G. (1982). *An examination of the teacher education scope: An overview of the structure and form of teacher education*. Washington, DC: American Association of Colleges of Teacher Education.

Ingraham v. *Wright*, 430 U.S. 651 (1977).

Jackson, P., & Lahaderne, H. (1967). Inequalities of teacher-pupil contacts. *Psychology in the Schools, 4*, 204-211.

Jacob, T. (1975). Family interaction in disturbed and normal families: A methodological and substantive review. *Psychological Bulletin, 82*, 33-65.

Jacobson, D. S. (1978). The impact of marital separation/divorce on children: II. Interparental hostility and child adjustment. *Journal of Divorce, 2*, 3-20.

James, A. L., & Barry, R J. (1980). A review of psychophysiology in early onset psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 6*, 506-525.

Johnson, D. R., Bruininks, R. H., & Thurlow, M. L. (1987). Meeting the challenge of transition service planning through improved interagency cooperation *Exceptional Children, 53*, 522-530.

Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (1975). *Learning together and alone: Cooperation, competition, and individualization*. Englewood, NJ. Prentice-Hall.

Johnson, J. E. (1981). The etiology of hyperactivity. *Exceptional Children, 47*, 348-354.

Johnson, R T., & Johnson, D. W. (1983). Effects of cooperative, competitive, and individualistic learning experiences on social development. *Exceptional Children, 49*, 323-329.

Johnston, J., Campbell, L. E. G., & Mayes, S. S. (1985). Latency children in post-separation and divorce disputes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24*, 563-574.

Johnston, L. D., Bachman, J. G., & O'Malley, P. M. (1977). *Drug use among American high school students 1975-1977*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA).

Joint Commission on the Mental Health of Children. (1970). *Crisis in child mental health: Challenge for the 1970's*. New York: Harper & Row.

Jurkovic, G. J. (1980). The juvenile delinquent as a moral philosopher: A structural developmental perspective. *Psychological Bulletin, 88*, 709-727.

Kalter, N., Riemer, B., Brickman, A., & Chen, J. W. (1985). Implications of parental divorce for female development. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 5*, 538-544.

Kandel, D. B. (1973). Adolescent marihuana use: Role of parents and peers. *Science, 181*, 1067-1070.

Kandel, D. B. (1974). Inter- and intra-generational influences on adolescent marihuana use. *Journal of Social Issues, 30*, 107-135.

Kandel, D. B., Kessler, R. C., & Margulies, R. Z. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. In D. B. Kandel (Ed.), *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues* (pp. 73-79). Washington, DC: Hemisphere.

Kanfer, F. H., & Karoly, D. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy, 3*, 398-416.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2*, 250-271.

Kanner, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American Journal of Orthopsychiatry, 19*, 416-426.

Kanner, L. J. (1969). The children haven't read those books. *Acta Paedopsychiatrica, 36*, 2-11.

Kardiner, A., & Ovesey, L. (1968). *The mark of oppression: Explorations in the personality of the American Negro*. Cleveland, OH: Meridian Books.

Kaufman, A. S., Swan, W. W., & Wood, M. M. (1980). Do parents, teachers, and psychoeducational evaluators agree in their perceptions of the problems of black and white emotionally disturbed children? *Psychology in the Schools, 17*, 185-191.

Kaufman, K. F., & O'Leary, K. D. (1972). Reward, cost, and self-evaluation procedures for disruptive adolescents in a psychiatric hospital. *Journal of Applied Behavior Analysis, 5*, 293-309.

Kauffman, J. M. (1979). An historical perspective on disordered behavior and an alternative conceptualization of exceptionality. In F. H. Wood & K. C. Lakin (Eds.), *Disturbing, disordered or disturbed: Perspectives on the definition of problem behavior in educational settings* (pp. 49-70). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Kauffman, J. M. (1984). Saving children in the age of Big Brother: Moral and ethical issues in the identification of deviance. *Behavioral Disorders, 10,* 60-70.

Kauffman, J. M. (1986). *Characteristics of children's behavior disorders* (3rd ed.). Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (1979). Learning disability and hyperactivity (with comments on minimal brain dysfunction). In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical psychology* (Vol. 2, pp. 71-105). New York: Plenum Press.

Kauffman, J. M., McCullough, L. L., & Sabornie, E. J. (1984). Integrating exceptional students: Special problems involving the emotionally disturbed/behaviorally disordered. *B. C. Journal of Special Education, 8,* 201-210.

Kavale, K. (1981). Functions of the Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA): Are they trainable? *Exceptional Children, 47,* 496-510.

Kavale, K. (1982). The efficacy of stimulant drug treatment for hyperactivity: A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities, 15,* 280-289.

Kavale, K., & Forness, S. R. (1983). Hyperactivity and diet treatment: A meta-analysis of the Feingold hypothesis. *Journal of Learning Disabilities, 16,* 324-330.

Kavale, K., & Forness, S. R. (1984). A meta-analysis of the validity of Wechsler Scale profiles and recategorization: Patterns or parodies? *Learning Disabilities Quarterly, 7,* 136-156.

Kavale, K., & Mattson, P. D. (1983). "One jumped off the balance beam": Meta-analysis of perceptual motor training. *Journal of Learning Disabilities, 16,* 165-173.

Kavale, K. A., & Nye, C. (1984). The effectiveness of drug treatment for severe behavior disorders: A meta-analysis. *Behavior Disorders, 9,* 117-130.

Kazdin, A. E. (1982). The token economy: A decade later. *Journal of Applied Behavior Analysis, 15,* 431-445.

Kazdin, A. E., & Bootzin, R. R. (1972). The token economy: An evaluative review. *Journal of Applied Behavior Analysis, 5,* 343-372.

Kelly, T. J., Bullock, L. M., & Dykes, M K. (1977). Behavioral disorders. Teachers' perceptions *Exceptional Children, 43,* 316-318.

Kendler, D. S., Heath, A., Martin, N. G., & Eaves, L. J. (1986) Symptoms of anxiety and depression in a volunteer twin population. *Archives of General Psychiatry, 43,* 213-221.

Kendler, K. S., & Eaves, L. J. (1986) Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry, 143,* 279-289.

Keogh, B. K. (1971). Hyperactivity and learning disorders: Review and speculation. *Exceptional Children, 38,* 101-109.

Keogh, B. K. (1986, July). Research issues in the study of learning disabilities. *Counterpoint,* 6-7.

Kerr, D. H. (1983). Teaching competence and teacher education in the United States. In L. S. Sykes & G. Sykes (Eds.), *Handbook of teaching and policy.* New York: Longman.

Kerr, M M., & Nelson, C. M. (1983) *Strategies for managing behavior problems in the classroom.* Columbus, OH: Charles E Merrill.

Kerr, M. M., Shores, R. E., & Stowitschek, J. J. (1978). Peabody's field-based special teacher education program: A model for evaluating competency-based training. In C. M. Nelson (Ed.), *Field-based teacher training: Applications in special education.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies.

Kessler, S. (1980). The genetics of schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin, 6,* 404-416.

King, C., & Young, R. D. (1982). Attentional deficits with and without hyperactivity: Teacher and peer perceptions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10,* 483-495.

Kirk, S. (1963). *Proceedings of the Annual Meeting of the Conference on Exploration into the Problems of the Perceptually Handicapped Child* (Vol. 1). Chicago.

Kirk, S. A., & Chalfant, J. C. (1984). *Academic and developmental learning disabilities.* Denver: Love Publishing.

Kirk, S. A., McCarthy, J. J., & Kirk, W. D. (1968). *The Illinois test of psycholinguistic abilities* (rev. ed.). Urbana, IL: University of Illinois Press.

Kitson, G. C., & Langlie, J. D. (1984). Couples who file for divorce but change their minds. *American Journal of Orthopsychiatry, 54,* 469-489.

Klein, M. (1932). *The psychoanalysis of children.* London: Hogarth Press.

Knight, C J, Peterson, R L., & McGuire, B. (1982). Cooperative learning. A new approach to an old idea *Teaching Exceptional Children, 14,* 233-238

Knoblock, P (1983) *Teaching emotionally disturbed children* Boston: Houghton Mifflin.

Kohlberg, L (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research.* Chicago: Rand McNally.

Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization. In R. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior: Theory, research, and social issues.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Korn, S. J., & Gannon, S. (1983). Temperament, cultural variation, and behavior disorder in preschool children. *Child Psychiatry and Human Development, 13,* 203–212.

Kotulak, R. (1986). Youngsters lose way in maze of family instability. *Chicago Tribune,* September 1, Section 6, p. 1.

Kounin, J. S. (1967). An analysis of teachers' managerial techniques. *Psychology in the Schools, 4,* 221-227.

Kounin, J. S. (1970). *Discipline and group management in classrooms.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Kounin, J. S., Friesen, W. V., & Norton, A. E. (1966). Managing emotionally disturbed children in regular classrooms. *Journal of Educational Psychology, 57,* 1-13.

Kounin, J. S., & Gump, P V. (1974). Signal systems of lesson settings and the task-related behavior of preschool children. *Journal of Educational Psychology, 66,* 554–562.

Kovacs, M (1986). A developmental perspective on methods and measures in the assessment of depressive disorders: The clinical interview. In M. Rutter, C. E. Izard, & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people* (pp. 435–465). New York: Guilford Press.

Kozloff, M. A. (1973) *Reaching the autistic child.* Champaign, IL: Research Press.

Kroth, R. L. (1975). *Communicating with parents of exceptional children: Improving parent-teacher relationships.* Denver: Love Publishing.

Kroth, R. L. (1980). Mirror model of parental involvement. *The Pointer, 25,* 18–22.

Kroth, R. L., & Simpson, R. L. (1977). *Parent conferences as a teaching strategy.* Denver: Love Publishing.

Kurita, H. (1985). Infantile autism with speech loss before the age of thirty months. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,* 191-196.

Kyriacou, C., & Sutcliffe, J. (1978). Teacher stress and satisfaction. *Educational Research, 21,* 89-96.

Lahey, B. B., Schaughency, E. A., Strauss, C. C., & Frame, C. L. (1984). Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,* 302-309.

Lambert, L., Essen, J., & Head, J. (1977). Variations in behavior ratings of children who have been in care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 18,* 335-346.

Lambert, N. M., Sandoval, J., & Sassone, D. (1978). Prevalence of hyperactivity in elementary school children as a function of social system definers. *American Journal of Orthopsychiatry, 48,* 446–463.

Lambert, N. M., Windmiller, M., Sandoval, J., & Moore, B. (1976). Hyperactive children and the efficacy of psychoactive drugs as a treatment intervention. *American Journal of Orthopsychiatry, 46,* 335-352.

Lancioni, G. E (1982). Normal children as tutors to teach social responses to withdrawn mentally retarded schoolmates: Training, maintenance, and generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis, 15,* 17–40.

LaNeve, R. (1979). The Mark Twain School: A therapeutic educational environment for emotionally disturbed students. *Behavioral Disorders, 4,* 183–192.

LaPouse, R., & Monk, M. A. (1958). An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health, 48,* 1134–44.

LaPouse, R., & Monk, M. A. (1964). Behavior deviations in a representative sample of children. Variation by sex, age, race, social class and family size. *American Journal of Orthopsychiatry, 34,* 436–46.

Larson, J. (1987). An inside look at the 1986 Clarissa H. Hug Teacher of the Year: An interview with Judy Larson. *Teaching Exceptional Children, 19,* 37–39.

Lawrenson, G. M., & McKinnon, A. J. (1982). A survey of classroom teachers of emotionally disturbed: Attrition and burnout factors. *Behavioral Disorders, 8,* 41–49.

Leckman, J. F., Weissman, M. M., Merikangas, K. R., Pauls, D. L., & Prusoff, B. A. (1983). Panic disorder and major depression: Increased risk of depression, alcoholism, panic and phobic disorders in families of depressed probands with panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 40,* 1055–1060.

Leese, S. (1974). *Masked depression.* New York: Jason Aronson.

Lennox, C., Callias, M., & Rutter, M. (1977). Cogni-

tive characteristics of parents of autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 7,* 243-261.

Lerner, J. (1981). *Learning disabilities* (3rd ed.). Boston. Houghton Mifflin.

Levine, M., & Rappaport, L. A. (1984). Recurrent abdominal pain in school children: The loneliness of the long distance physician. *Pediatric Clinics of North America, 31,* 969-991.

Levy, D. (1966). *Maternal overprotection.* New York: W. W. Norton.

Lewin, K. (1951). Psychological ecology. In D. Cartwright (Ed.), *Field theory in social science: Selected theoretical papers by Kurt Lewin* (pp. 170-187). New York: Harper & Row.

Lewis, D. O., Lewis, M., Unger, L., & Goldman, C. (1984). Conduct disorder and its synonyms: Diagnoses of dubious validity and usefulness. *The American Journal of Psychiatry, 141,* 514-519.

Lewis, H. (1954). *Deprived children.* London: Oxford University Press.

Lewis, J. M., Beavers, W. R., Gossett, J. T., & Phillips, V. A. (1976). *No single thread: Psychological health in family systems.* New York: Brunner/Mazel.

Lewis, W. W. (1970). Ecological planning for disturbed children. *Childhood Education, 46,* 306-310.

Lewis, W. W. (1975). From Project Re-ED to ecological planning. In H. DuPont (Ed.), *Educating emotionally disturbed children* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Lewis, W. W. (1981). Ecological factors in successful residential treatment. *Behavioral Disorders, 6,* 149-156.

Lidz, T., Fleck, S., & Cornelison, A. R. (1965). *Schizophrenia and the family.* New York: International Universities Press.

Links, P. S. (1980). Minor physical anomalies in childhood autism. Part II. Their relationship to maternal age. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 3,* 287-296.

Lloyd, J. W. (1987). Direct academic interventions in learning disabilities. In M. C. Wang, H. J. Walberg, M. C. Reynolds (Eds.), *The handbook of special education: Research and practice.* Oxford, England: Pergamon Press.

Loeber, R., & Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin, 94,* 68-99.

Long, N. J. (1979). The conflict cycle *The Pointer, 24,* 6-11.

Long, N. J., & Duffner, B. (1980). The stress cycle or the coping cycle? The impact of home and school stresses on pupils' classroom behavior In N. J. Long, W. C. Morse, & R. G. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Long, N. J., & Fagen, S. A. (1981). Therapeutic management: A psychoeducational approach. In G. Brown, R. L. McDowell, & J. Smith (Eds.), *Educating adolescents with behavior disorders.* Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Long, N. J., Morse, W. C., & Newman, R. G. (1980). *Conflict in the classroom: The education of children with problems* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Long, N. J., & Newman, R. G. (1971). The teacher and his mental health. In N. J. Long, W. C. Morse, & R. G. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Long, N. J., & Newman, R. G. (1976). Managing surface behavior of children in school. In N. J. Long, W. C. Morse, & R. G. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom. The education of children with problems* (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Lopez, R. E. (1965). Hyperactivity in twins. *Canadian Psychiatric Association Journal, 10,* 421-426.

Lortie, D. C. (1975). *Schoolteacher: A sociological study.* Chicago: University of Chicago Press.

Losen, S. M., & Losen, J. G. (1985). *The special education team.* Boston, Allyn and Bacon.

Lovaas, O. I., Berberich, J. P., Perloff, B. F., & Schaeffer, B. (1971). Acquisition of imitative speech by schizophrenic children. In A. Graziano (Ed.), *Behavior therapy with children.* Chicago, Aldine.

Lovaas, O. I., Freitas, L., Nelson, K., & Whalen, C. (1967). The establishment of imitation and its use for the development of complex behavior in schizophrenic children. *Behaviour Research and Therapy, 5,* 171-181.

Lovaas, O. I , Schaeffer, B., & Simmons, J. Q. (1965). Building social behavior in autistic children by use of electric shock. *Journal of Experimental Research in Personality, 1,* 99-109.

Lovitt, T. (1980). *Writing and implementing an IEP: A step-by-step plan.* Belmont, CA: Pitman Learning.

Luepnitz, D. (1982). *Child custody: A study of families after divorce.* Lexington, MA: Lexington Books.

Mackie, R. P., Kvaraceus, W. C., & Williams, H. M. (1957). *Teachers of children who are socially and emotionally maladjusted.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office

MacMillan, D., & Turnbull, A. (1983). Parent involvement with special education: Respecting individual

preferences. *Education and Training of the Mentally Retarded, 18,* 4–9.

Madsen, C H , Becker, W C., & Thomas, D. R (1968). Rules, praise, and ignoring: Elements of elementary classroom control. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1,* 139–150.

Maertens, B. K., Peterson, R. L., Witt, J. C., & Cirone, S. (1986). Teacher perceptions of school-based interventions: Ratings of intervention effectiveness, ease of use, and frequency of use. *Exceptional Children, 52,* 213–223.

Maheady, L., Duncan, D., & Sainato, D. (1982). A survey of use of behavior modification techniques by special education teachers. *Teacher Education and Special Education, 5,* 9–15.

Maher, C. A., & Bennett, R. E. (1984). *Planning and evaluating special education services.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Mahler, M. S. (1952). On child psychosis and schizophrenia, autistic and symbiotic infantile psychoses. *Psychoanalytic Study of the Child, 7,* 286–305.

Maily, B. L. (1975). School liaison and field services. In M. M. Wood (Ed.), *Developmental therapy.* Baltimore, MD: University Park Press.

Martin, H. P., Burgess, D., & Crnic, L S. (1984). Mothers who work outside of the home and their children: A survey of health professionals' attitudes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,* 472–478.

Maslach, C., & Jackson, S. (1979). Burned out cops and their families. *Psychology Today* (May), 59–62.

Maslach, C., & Pines, A. (1977). The burnout syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly, 6,* 100–113.

Mason-Brothers, A., Ritvo, E. R., Guze, B., Mo, A., Freeman, B. J., & Funderbunk, S. J. (1987). Pre-, peri-, and postnatal factors in 181 autistic patients from single and multiple incidence families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 39–42.

Mattison, R., Cantwell, D. P., Russell, A. T., & Will, L. (1979). A comparison of DSM-II and DSM-III in the diagnosis of childhood psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry, 36,* 1217–1222.

Maziade, M., Caperaa, P. Laplante, B., Boudreault, M., Thivierge, J., Cote, R., & Boutin, P. (1985). Value of difficult temperament among 7-year-olds in the general population for predicting psychiatric diagnosis at age 12. *American Journal of Psychiatry, 142,* 943–946.

Maziade, M., Cote, R Boudreault, M., Thivierge, J., & Caperaa, P (1984) The New York longitudinal studies model of temperament: Gender differences and demographic correlates in a French-speaking population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,* 582–587.

McAdoo, W. G , & DeMyer, M K. (1978) Personality characteristics of parents. In M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autism: A reappraisal of concepts and treatment* (pp. 251-267) New York: Plenum Press

McAllister, L. W., Stachowiak, J G., Baer, D M., & Conderman, L. (1969). The application of operant conditioning techniques in a secondary classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis, 2,* 277–285.

McCarney, S. B. (1986). Preferred types of communication indicated by parents and teachers of emotionally disturbed students. *Behavioral Disorders, 12,* 118–123.

McCarthy, J. M., & Paraskevopoulos, J. (1969). Behavior patterns of learning disabled, emotionally disturbed, and average children. *Exceptional Children, 36,* 69–74.

McCauley, R. (1977). Elements of educational programming. *Iowa Perspectives,* (May).

McCauley, R. W., Hlidek, R., & Feinberg, F (1977). Impacting social interactions in classrooms: The classroom management and relationship program. In F. H. Wood (Ed.), *Preparing teachers to foster personal growth in emotionally disturbed students.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies

McDaniel, E. A., Sullivan, P. D., & Goldbaum, J. L. (1982). Physical proximity of special education classrooms to regular classrooms. *Exceptional Children, 49,* 73–75.

McDermott, P. A. (1980). Prevalence and constituency of behavioral disturbance taxonomies in the regular school population. *Journal of Abnormal Child Psychology, 8,* 523–536.

McDermott, P. A. (1981). The manifestation of problem behavior in ten age groups of Canadian school children. *Canadian Journal of Behavioral Science, 13,* 310–319.

McGee, G. G., Krantz, P. J., Mason, D., & McClannahan, L. E (1986) A modified incidental-teaching procedure for autistic youth: Acquisition and generalization of receptive object labels *Journal of Applied Behavior Analysis, 16,* 329-338.

McGinnis, E. (1984). Teaching social skills to be-

haviorally disordered elementary students. *The Pointer, 28*, 5-12

McGinnis, E., & Goldstein, A. P. (1984). *Skillstreaming the elementary school child.* Champaign, IL: Research Press.

McGinnis, E., Sauerbry, L., & Nichols, P. (1985). Skillstreaming: Teaching social skills to children with behavioral disorders. *Teaching Exceptional Children, 17*, 160-167.

McGinnis, E., Scott-Miller, D., Neel, R., & Smith, C. (1985). Aversives in special education programs for behaviorally disordered students: A debate. *Behavioral Disorders, 11*, 295-304.

McGlothlin, J. E. (1981). The school consultation committee: An approach to implementing a teacher consultation model. *Behavioral Disorders, 6*, 101-107.

McGrath, P. J., & Feldman, W. (1986). Clinical approach to recurrent abdominal pain in children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediqtrics, 7*, 56-61

McMahon, R. C. (1980). Genetic etiology in the hyperactive child syndrome: A critical review. *American Journal of Orthopsychiatry, 50*, 145-150.

McManus, M., Brickman, A., Alessi, N. E., & Grapentine, W. L. (1985). Neurological dysfunction in serious delinquents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24*, 481-486.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum Press.

Meichenbaum, D., & Goodman, J. (1979). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 115-126.

Mercer, C. D., & Mercer, A. R. (1985). *Teaching students with learning problems* (2nd ed.). Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Mesinger, J. F. (1985). Commentary on "a rationale for the merger of special and regular education" or, is it now time for the lamb to lie down with the lion? *Exceptional Children, 51*, 510-512.

Mezzich, A. C., Mezzich, J. E., & Coffman, G. A. (1985). Reliability of DSM-III vs. DSM-II in child psychopathology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24*, 273-280.

Michael, A. (1987). A trip to Boys Town, *Behavior in Our Schools, 1*, 2-7.

Michelson, L., Foster, S. L., & Ritchey, W. L. (1981). Social-skills assessment of children. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 4, pp. 119-166). New York: Plenum Press.

Mikkelsen, E. J. (1982). Efficacy of neuroleptic medication in pervasive developmental disorders of childhood. *Schizophrenia Bulletin, 8*, 320-332.

Miller, L. C., Barrett, C. L., & Hampe, E. (1974). Phobias of childhood in a prescientific era. In A. Davids (Ed.), *Childhood personality and psychopathology: Current topics.* New York: John Wiley & Sons.

Miller, L. C., Barrett, C. L., Hampe, E., & Noble, H. (1972). Factor structure of childhood fears. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39*, 264-268.

Miller, L. E. (1979). Setting analysis data in the identification of emotionally disabled pupils. In C. R. Smith & J. Grimes (Eds.), *The identification of emotionally disabled pupils: Data and decision making.* Des Moines, IA: Iowa Department of Public Instruction.

Miller, L. E., Epp, J., & McGinnis, E. (1985). Setting analysis. In F. H. Wood, C. R. Smith, & J. Grimes (Eds.), *The Iowa assessment model in behavioral disorders: A training manual.* Des Moines, IA: Iowa Department of Public Instruction.

Minner, S., Beane, A., & Prater, G. (1986). Try telephone answering machines. *Teaching Exceptional Children, 19*, 62-63.

Moffitt, T. E., Gabrielli, W. F., Mednick, S. A., & Schulsinger, F. (1981). Socioeconomic status, IQ and delinquency. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 152-156.

Mogar, R. E., & Aldrich, R. W. (1969). The use of psychedelic agents with autistic schizophrenic children. *Behavioral Neuropsychiatry, 1*, 44-52.

Morgan, S. B. (1984). Helping parents understand the diagnosis of autism. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 5*, 78-85.

Morgan, S. R. (1977). Personality variables as predictors of empathy. *Behavioral Disorders, 1*, 83-88.

Morrison, J. R., & Stewart, M. A. (1971). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry, 28*, 888-891.

Morse, W. C. (1959). The life space interview. *American Journal of Orthopsychiatry, 29*, 27-44.

Morse, W. C. (1963). Working paper: Training teachers in life space interviewing. *American Journal of Orthopsychiatry, 33*, 727-730.

Morse, W. C. (1971). Education of maladjusted and disturbed children. In N. J. Long, W. C. Morse, & R. G. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom: The*

education of children with problems (2nd ed). Belmont, CA Wadsworth.

Morse, W. C (1982) The place of affective education in special education *Teaching Exceptional Children, 14*, 209-211.

Morse, W. C. (1985). *Pursuit of excellence for the behavior disordered* Paper presented at the Midwest Symposium for Leadership in Behavior Disorders, Kansas City, MO.

Mosher, R. L., & Sprinthall, N. A. (1971). Psychological education: A means to promote personal development during adolescence. *The Counseling Psychologist, 2*, 3–80.

Munoz, F U. (1983). Family life patterns of Pacific islanders: The insidious displacement of culture. In G. J. Powell (Ed.), *The psychosocial development of minority group children* (pp. 248–257). New York: Brunner/Mazel.

Muscott, H. S., & Bond, R (1985). *Bridging the gap between residential treatment and public school programs: A model for expanding the continuum of special educational services through transitional education.* Paper presented at Fitting the Pieces Together: A Multidisciplinary Conference on Children and Adolescents in Conflict, New York: Teachers College, Columbia University.

Muscott, H. S., & Bond, R. (1986). A transitional education model for reintegrating behaviorally disordered students from residential treatment centers to public school programs. In M. K. Zabel (Ed.), *TEACHING: Behaviorally disordered youth.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Myers, K. M., Burke, P., & McCauley, E. (1985). Suicidal behavior by hospitalized preadolescent children on a psychiatric unit. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24*, 474–480.

Nadelson, C. C. (1979). The women's movement and changing sex roles. In J. D. Noshpitz (Ed.), *Basic handbook of child psychiatry (Vol. 4): Prevention and current issues* (pp. 386–397). New York: Basic Books.

National Center for Health Statistics. (1981). *Monthly Vital Statistics Report*, (September 17). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

National Center for Health Statistics. (1984). *Monthly Vital Statistics Report, 32* (September 21). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

National Commission on Excellence in Education (1983). *A nation at risk: The imperative for educational reform.* Washington, DC: U.S. Department of Education.

National Commission on Excellence in Teacher Education. (1985) A call for change in teacher education. *The Chronicle of Higher Education, 30*(1), 13–20.

Neel, R. S. (1978) Research findings regarding the use of punishment procedures with severely behavior disordered children. In F. H. Wood & K. C. Lakin (Eds.), *Punishment and aversive stimulation in special education: Legal, theoretical and practical issues in their use with emotionally disturbed children and youth.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies.

Neel, R. S., McDowell, R. L., Whelan, R. J., & Wagonseller, B. R. (1982). The management of behavior and the measurement of behavior change. In R. L. McDowell, G. W. Adamson, & F. H. Wood (Eds.), *Teaching emotionally disturbed children.* Boston: Little, Brown and Co.

Nelson, C. M. (1983). Beyond the classroom: The teacher of behaviorally disordered pupils in a social system. In R. B. Rutherford, Jr. (Ed.), *Monograph in behavioral disorders.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Nelson, C. M., & Rutherford, R. B. (1987). Behavioral interventions with behaviorally disordered students. In M. C. Wang, H. J. Walberg, & M. C. Reynolds (Eds.), *The handbook of special education: Research and practice.* Oxford, England: Pergamon Press.

Nelson, C. M., & Stevens, K. B. (1981). An accountable consultation model for mainstreaming behaviorally disordered children. *Behavioral Disorders, 6*, 82–91.

Nelson, C. M., & Stevens, K. B. (1983). Time-out revisited: Guidelines for its use in special education. *Exceptional Education Quarterly, 3*, 56–67.

Nemser, S. F. (1983). Learning to teach. In L. S. Shulman & G. Sykes (Eds.), *Handbook of teaching and policy.* New York: Longman.

Newcomer, P. L. (1982). Competencies for professionals in learning disabilities. *Learning Disabilities Quarterly, 5*, 241–252.

Nichols, P. (1986). Down the up staircase: The teacher as therapist. In M. K. Zabel (Ed.), *TEACHING: Behaviorally disordered youth.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Niles, W. J. (1986). Effects of a moral development discussion group on delinquent and predelinquent boys. *Journal of Counseling Psychology, 33*, 45–51.

Oberklaid, F., Prior, M., & Sanson, A. (1986). Temperament of preterm versus full-term infants. *Jour-*

nal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 7, 159–162.

Oden, S (1980) A child's social isolation: Origins, prevention, intervention In G Cartledge & J. F Miburn (Eds), *Teaching social skills to children Innovative approaches* New York, Pergamon Press.

Oden, S., & Asher, S R (1977) Coaching children in social skills for friendship making. *Child Development, 48,* 495–506.

Ohio Social Acceptance Scale. (1979). *Adaptive behavior development.* Columbus, OH: The Ohio State University Research Foundation.

Ojemann, R. (1967). Incorporating psychological concepts in the school curriculum. *Journal of School Psychology, 5,* 195–204.

O'Leary, K D. (1980) Pills or skills for hyperactive children? *Journal of Applied Behavior Analysis, 13,* 191–204.

O'Leary, K. D (1984). Marital discord and children: Problems, strategies, methodologies and results. In A. V. Doyle, D Gold, & D. S. Moskowitz (Eds.), *Children and families under stress: New directions for child development* (pp. 35–46). San Francisco· Jossey Bass.

O'Leary, K. D , & Johnson, S B. (1979) Psychological assessment In H. C. Quay & J. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood.* New York: John Wiley & Sons

O'Leary, K D., Kaufman, K. F., Kass, R. E., & Drabman, R S (1970). The effects of loud and soft reprimands on the behavior of disruptive students *Exceptional Children, 37,* 145–155.

Oppenheimer, E. (1985) Drug taking. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (pp. 491–500). London: Blackwell Scientific Publications.

Ornitz, E. M., Atwell, C. W., Kaplan, A. R., & Westlake, J. R (1985). Brain-stem dysfunction in autism. *Archives of General Psychiatry, 42,* 1018–1025.

Ornitz, E. M., & Ritvo, E. R. (1976). The syndrome of autism: A critical review. *American Journal of Psychiatry, 133,* 609–621.

Osmond, H (1973) The background to the niacin treatment In D. Hawkins & L. Pauling (Eds.), *Orthomolecular psychiatry.* San Francisco: W. H. Freeman.

Pattavina, P., & Ramirez, R. R. (1980). *Generic affective competencies: A common bond between regular and special educators.* Paper presented at the CEC International Convention, Philadelphia, PA.

Patterson, G. R. (1974). Interventions for boys with conduct problems: Multiple settings, treatments, and criteria *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42,* 471–481

Patterson, G. R (1982). *Coercive family process.* Eugene, OR. Castalia Publishing.

Patterson, G. R. (1986) Performance models for antisocial boys. *American Psychologist, 41,* 432–444.

Paul, J. (Ed.) (1981). *Understanding and working with parents of children with special needs.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Paul J. L., & Epanchin, B C. (1982). *Emotional disturbance in children: Theories and methods for teachers.* Columbus, OH: Charles E. Merrill

Pauling, L. (1973). Orthomolecular psychiatry In D. Hawkins & L. Pauling (Eds.), *Orthomolecular psychiatry.* San Francisco: W H. Freeman.

Paulson, G., Rizui, A., & Crane, G. (1973). Tardive dyskinesia as a possible sequel of long-term treatment with phenothiazines. *Clinical Pediatrics, 14,* 953–955.

Persson-Blennow, I., & McNeil, T F. (1979). A questionnaire for measurement of temperament in six-month-old infants: Development and standardization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 20,* 1–13.

Peterson, D. R. (1961). Behavior problems of middle childhood. *Journal of Consulting-Psychology, 25,* 205–209.

Peterson, R L., Zabel, R. H., & Smith, C. R. (1986). *Reintegration of behaviorally disordered students: A replication.* Paper presented at International Convention, Council for Exceptional Children, New Orleans.

Peterson, R. L., Zabel, R. H., Smith, C. R., & White, M. A. (1983). Cascade of services model and emotionally disabled students. *Exceptional Children, 49,* 404–408.

Pfeffer, C. R., Zuckerman, S., Plutchik, R., & Mizruchi, M. S. (1984). Suicidal behavior in normal school children: A comparison with child psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,* 416–423.

Phillips, D. P., & Carstensen, L. L. (1986). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide .*New England Journal of Medicine, 315,* 685–689.

Phillips, E. L. (1968). Achievement Place: Token reinforcement procedures in a home-style rehabilitation setting for "pre-delinquent" boys. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1,* 214–223.

Phillips, E. L. (1981). Supportive therapies In G. Brown, R L. McDowell, & J. Smith (Eds), *Educating adolescents with behavior disorders*. Columbus, OH: Charles E Merrill.

Phillips, E. L., Fixsen, D. L., Phillips, E. A , & Wolf, M. M. (1979). The teaching family model. A comprehensive approach to residential treatment of youth In D. Cullinan & M. H. Epstein (Eds.), *Special education for adolescents*. Columbus, OH Charles E. Merrill.

Phillips, E. L., Phillips, E. A., Fixsen, D. L., & Wolf, M. (1971). Achievement place: Modification of the behavior of pre-delinquent boys with a token economy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 4*, 45-59.

Phillips, E. L., & Weiner, D. N. (1966). *Short-term psychotherapy and structured behavior change*. New York: McGraw-Hill.

Phillips, K. (1985). Parents as partners: Developing parent support groups. In M. K. Zabel (Ed.), *TEACHING· Behaviorally disordered students* (pp. 29-36). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child*. London: Routledge & Kegan Paul.

Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. New York: Basic Books.

Piers, E., & Harris, D. (1969). *Piers-Harris children's self-concept scale*. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests.

Piggott, L. R., & Gottlieb, J. S. (1973). Childhood schizophrenia: What is it? *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 3*, 96-105.

Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry, 29*, 233-237.

Polizos, P., Engelhardt, D., Hoffman, S., & Waizer, J. (1973). Neurological consequences of psychotropic drug withdrawal in schizophrenic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 3*, 247-253.

Pollack, M , Gittelman, M., Miller, R., Berman, P., & Bakwin, R. (1970). *A developmental, pediatric, neurological, psychological, and psychiatric comparison of psychotic children and their sibs*. Paper presented at the American Orthopsychiatric Association.

Pollack, M., & Woerner, M. G (1966). Pre- and perinatal complications and "childhood schizophrenia": A comparison of five controlled studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 7*, 235-242.

Polsgrove, L. (1979) Self-control Methods for child training. *Behavioral Disorders, 4*, 116-130

Polsgrove, L. (1982) Return to baseline. Some comments on Smith's (1981) reinterpretation of timeout. *Behavioral Disorders, 8*, 50-52.

Polsgrove, L , & Nelson, C. M (1982). Curriculum intervention according to the behavioral model In R. L. McDowell, G. W. Adamson, & F. H. Wood (Eds), *Teaching emotionally disturbed children*. Boston· Little, Brown and Co.

Polsgrove, L., & Reith, H. J. (1979). A new look at competencies required by teachers of emotionally disturbed and behaviorally disordered children and youth. In F. H. Wood (Ed.), *Teachers for secondary school students with serious emotional disturbance: Content of programs*. Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies.

Polsgrove, L., & Reith, H. J. (1983). Procedures for reducing children's inappropriate behavior in special education settings. *Exceptional Education Quarterly, 3*, 20-33.

Polsky, H. (1962). *Cottage six: The social system of delinquent boys in residential treatment*. New York: Russell Sage Foundation.

Porter, B., & O'Leary, K. D. (1980). Marital discord and childhood behavior problems *Journal of Abnormal Child Psychology, 80*, 287-295.

Powell, G. J. (1983). Coping with adversity: The psychosocial development of Afro-American children. In G. J. Powell (Ed.), *The psychosocial development of minority group children* (pp. 49-76). New York: Brunner/Mazel.

Poznanski, E. O. (1979). Childhood depression: A psychodynamic approach to the etiology of depression in children. In A. French & I. Berlin (Eds.), *Depression in children and adolescents* (pp. 46-48). New York: Human Sciences Press.

Premack, D. (1965). Reinforcement theory In D. Levine (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Prieto, A. G., & Rutherford, R. B. (1977). An ecological assessment technique for behaviorally disordered and learning disabled children. *Behavioral Disorders, 2*, 169-175.

Prieto, A. G., & Zucker, S. H. (1981). Teacher perceptions of race as a factor in the placement of behaviorally disordered children. *Behavioral Disorders, 7*, 34-38.

Purcell, K (1975) Childhood asthma. The role of family relationships, personality, and emotion In A Davids (Ed), *Child personality and psychopathology Current topics* (Vol. 2). New York. John Wiley & Sons.

Purvis, J., & Samet, S. (1976). *Music in developmental therapy: A curriculum guide.* Baltimore, MD. University Park Press.

Quay, H. C. (1986) A critical analysis of DSM-III as a taxonomy of psychopathology in childhood and adolescence. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 151-165). New York: Guilford Press.

Quay, H. C., & Cutler, R. L. (1966). Personality patterns of pupils in special education classes for the emotionally disturbed. *Exceptional Children, 32,* 197-301.

Quay, H. C., & Peterson, D. R. (1975). *Behavior Problem Checklist.* Manual available from D. R. Peterson, Graduate School of Applied Professional Psychology, Busch Campus, P. O. Box 88199, Piscataway, NJ 08854.

Rachman, S., & Seligman, M. E. P (1976). Behavior of withdrawn autistic children: Effects of peer social initiations. *Behaviour Research and Therapy, 14,* 333-338.

Rank, O. (1929). *The trauma of birth.* New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Raths, L., Harmin, M., & Simon, S. (1966). *Values and teaching.* Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Red Horse, J. (1983). Indian family values and experiences. In G. J. Powell (Ed.), *The psychosocial development of minority group children* (pp 258-274). New York: Brunner/Mazel.

Redl, F. (1976). The concept of the therapeutic milieu. In N. J. Long, W. C. Morse, & R. J. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom: The education of emotionally disturbed children.* Belmont, CA: Wadsworth.

Redl, F. (1980). The concept of the life space interview. In N. J. Long, W. C. Morse, & R. J. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom: The education of emotionally disturbed children.* Belmont, CA: Wadsworth.

Redl, F., & Wineman, D. (1951). *Children who hate.* New York: Free Press.

Redl, F., & Wineman, D. (1952). *Controls from within.* New York: Free Press.

Reeves, J. C., Werry, J. S., Elkind, G. S., & Zametkin, A. (1987) Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children: II Clinical characteristics *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 144-155.

Reid, M K , & Borkowski, J. G. (1984) Effects of methylphenidate (Ritalin) on information processing in hyperactive children *Journal of Abnormal Child Psychology, 12,* 169-186.

Reynolds, M. C. (1962). A framework for considering some issues in special education. *Exceptional Children, 28,* 367-370

Reynolds, M. C. (1976). *New alternatives through a new cascade.* Paper presented 23 November at the Sixth Annual Invitational Conference on Leadership in Special Education Programs

Reynolds, M. C , & Birch, J. (1982). *Teaching exceptional children in all America's schools* (rev. ed.). Reston, VA. Council for Exceptional Children.

Rhode, G., Morgan, D. P., & Young, K. R. (1983). Generalization and maintenance of treatment gains of behaviorally handicapped students from resource to regular classrooms using self-evaluation procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis, 16,* 171-188.

Rhodes, W. C. (1967). The disturbing child: A problem of ecological management. *Exceptional Children, 33,* 449-455.

Rhodes, W C (1970). A community participation analysis of emotional disturbance. *Exceptional Children, 36,* 309-314.

Rhodes, W. C. (1974). Introductory overview. In W. C. Rhodes & M. L. Tracy (Eds.), *A study of child variance (Vol. 1): Conceptual models* (pp. 11-36). Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

Rhodes, W. C., & Paul, J L. (1978). *Emotionally disturbed and deviant children: New views and approaches.* Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.

Rhodes, W. C., & Tracy, M. L. (Eds.). (1974). *A study of child variance (Vol. 2): Interventions.* Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

Rice, R. E. (1984). *Toward reform in teacher education: Strategies for change.* Reflections on a conference at Wingspread sponsored by the Johnson Foundation and the Fund for the Improvement of Postsecondary Education.

Richards, E. A. (Ed.). (1951). *Proceedings of the Midcentury White House Conference on Children and Youth.* Raleigh, NC: Health Publications Institute.

Richter, N. C. (1984). The efficacy of relaxation train-

ing with children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12,* 319-344.

Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: A survey of some pertinent contributors. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 5,* 653-685.

Rie, H. E., Rie, E. D., Stewart, S., & Ambuel, J. P. (1976). Effects of Ritalin on underachieving children: A replication. *American Journal of Orthopsychiatry, 46,* 313-322.

Rimland, B. (1964). *Infantile autism.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Rimland, B. (1973). High-dosage levels of certain vitamins in the treatment of children with severe mental disorders. In D. Hawkins & L. Pauling (Eds.), *Orthomolecular psychiatry.* San Francisco: W. H. Freeman.

Rist, R. (1970). Student social class and teacher expectations: The self-fulfilling prophecy in ghetto education. *Harvard Educational Review, 40,* 411-451.

Ritvo, E. R., Freeman, B. J., Mason-Brothers, A., Mo, A., & Ritvo, A. M. (1985). Concordance for the syndrome of autism in 40 pairs of afflicted twins. *American Journal of Psychiatry, 142,* 74-77.

Robbins, D. R., & Alessi, N. E. (1985). Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *American Journal of Psychiatry, 142,* 588-592.

Robin, A., Schneider, M., & Dolnick, M. (1976). The turtle technique: An extended case study of self-control in the classroom. *Psychology in the Schools, 13,* 449-453.

Robinson, L. H. (1984). Outpatient management of the suicidal child. *American Journal of Psychotherapy, 38,* 399-412.

Rock, N. (1974). Childhood psychosis and long-term chemo- and psychotherapy. *Diseases of the Nervous System, 35,* 303-308

Rose, T. L. (1983). A survey of corporal punishment of mildly handicapped students. *Exceptional Education Quarterly, 3,* 10-19.

Rosenberg, H. E. (1973). On teaching the modification of employer and employee behavior. *Teaching Exceptional Children, 5,* 140-142.

Rosenberg, H. W., & Graubard, P. (1975). Peer use of behavior modification. *Focus on Exceptional Children, 7,* 1-10.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self.* New York: Basic Books.

Rosenshine, B. (1976). Classroom instruction. In N. L. Gage (Ed.), *The psychology of teaching methods: The seventy-fifth yearbook of the National Society for the Study of Education.* Chicago The University of Chicago Press.

Rosenthal, D. (1971). *Genetics of psychopathology.* New York. McGraw-Hill.

Rosenthal, M. J., Finkelstein, M , Ni, E., & Robertson, R. E. (1959). A study of mother-child relationships in the emotional disorders of children. *Genetic Psychology Monographs, 60,* 65-116.

Rosenthal, M. J., Ni, E., Finkelstein, M., & Berkwits, G. K. (1962). Father-child relationships and children's problems. *Archives of General Psychiatry, 7*(5).

Rosenthal, P. A., & Rosenthal, S (1984) Suicidal behavior by preschool children. *American Journal of Psychiatry, 141,* 520-525.

Ross, A. O. (1974). *Psychological disorders of children.* New York: McGraw-Hill

Ross, M., & Salvia, J. (1975). Attractiveness as a biasing factor in teacher judgments. *American Journal of Mental Deficiency, 80,* 96-98.

Roy, L., & Sawyers, J. (1986). The double bind· An empirical study of responses to inconsistent communications. *Journal of Marital and Family Therapy, 12,* 395-402.

Rubenstein, M. F., & Rezmierski, V. (1983). Understanding nonproductive system responses to emotionally disturbed and behaviorally disordered students. *Behavioral Disorders, 9,* 60-67.

Rubin, R. A., & Balow, R. (1978). Prevalence of teacher-identified behavior problems: A longitudinal study. *Exceptional Children, 45,* 102-113.

Rumsey, J. M., Andreasen, N. C., & Rapoport, J. L. (1986). Thought, language, communication, and affective flattening in autistic adults. *Archives of General Psychiatry, 43,* 771-777.

Rumsey, J. M., Duara, R., Grady, C., Rapoport, J. L., Margolin, R. A., Rapoport, S. I., & Cutler, N. R. (1985). Brain metabolism in autism. *Archives of General Psychiatry, 42,* 448-455.

Rumsey, J. M., Rapoport, J. L., & Sceery, W. R. (1985). Autistic children as adults. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,* 465-473.

Rutherford, R. B., Howell, K. W., & Rueda, R. (1982). Self-control instruction for behavior disordered students: Design and implementation. *Instructional Psychology, 9,* 91-99.

Rutherford, R. B., & Nelson, C. M. (1982). Analysis of the response contingent time-out literature with behaviorally disordered students in classroom settings. In R. B. Rutherford (Ed.), *Severe behavior dis-*

orders of children and youth (Vol. 5, pp. 79–105). Reston, VA: Council for Exceptional Children

Rutherford, R B., Nelson, C M., & Wolford, B I. (1985). Special education in the most restrictive environment· Correctional/special education. *Journal of Special Education, 19,* 59–71.

Rutherford, R. B., & Polsgrove, L. J. (1981). Behavioral contracting with behaviorally disordered and delinquent children and youth: An analysis of the clinical and experimental literature. In R. B. Rutherford, A. G. Prieto, & J. E. McGlothlin (Eds.), *Severe behavior disorders of children and youth* (Vol. 4). Reston, VA. Council for Exceptional Children.

Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 8* 139–161.

Rutter, M (1981). Psychological sequelae of brain damage in children. *American Journal of Psychiatry, 138,* 1533–1544.

Rutter, M. (1982). Syndromes attributed to "minimal brain dysfunction" in childhood *American Journal of Psychiatry, 139,* 21–33.

Rutter, M. (1985). The treatment of autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 26,* 193–214

Rutter, M., & Lockyer, L. (1967). A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. *British Journal of Psychiatry, 113,* 1169–1182.

Sabornie, E. J., & Kauffman, J. M. (1985). Regular classroom sociometric status of behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders, 10,* 191–197.

Safran, S. P., & Safran, J. S. (1985). Classroom context and teachers' perceptions of problem behaviors. *Journal of Educational Psychology, 77,* 20–28.

Salend, S. J., Esquivel, L., & Pine, P. B. (1984). Regular and special education teachers' estimates of the use of aversive contingencies. *Behavioral Disorders, 9,* 89–94.

Salvia, J., & Ysseldyke, J. E. (1981). *Assessment in special and remedial education.* Boston: Houghton Mifflin.

Salvia, J., & Ysseldyke, J. E. (1985) *Assessment in special and remedial education* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Sandoval, J., Lambert, N. M., & Sassone, D. M. (1981). The comprehensive treatment of hyperactive children. A continuing problem. *Journal of Learning Disabilities, 14,* 117–118.

Santrock, J. W., Warshak, R. A., & Elliott, G. L. (1982). Social development and parent-child interaction in father-custody and stepmother families In M E Lamb (Ed.), *Nontraditional families Parenting and child development* (pp. 289–331) Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum

Sapon-Shevin, M. (1980) Teaching cooperation in early childhood settings. In G Cartledge & J. F. Milburn (Eds), *Teaching social skills to children: Innovative approaches.* New York: Pergamon Press.

Satterfield, J. H., Hoppe, C. M , & Schell, A. M. (1982). A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *American Journal of Psychiatry, 139,* 795–798.

Schaffer, D., & Fisher, P. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 20,* 545–565.

Scheuer, A. L. (1971). The relationship between personal attributes and effectiveness in teachers of the emotionally disturbed. *Exceptional Children, 38,* 723–731.

Schloss, P. J., Miller, S. R., Sedlak, R. A., & White, M. (1983). Social-performance expectations of professionals for behaviorally disordered youth. *Exceptional Children, 50,* 70–72.

Schloss, P. J., Schloss, C. N., Wood, C. E., & Kiehl, W. S. (1986). A critical review of social skills research with behaviorally disordered students. *Behavioral Disorders, 12,* 1–14.

Schloss, P. J., Sedlak, R. A., Wiggins, E. D., & Ramsey, D. (1983). Stress reduction for professionals working with aggressive adolescents. *Exceptional Children, 49,* 349–354.

Schmid, R., Algozzine, B., Maher, M., & Wells, D. (1984). Teaching emotionally disturbed adolescents: A study of selected teacher and teaching characteristics. *Behavioral Disorders, 9,* 105–112.

Schneider, M., & Robin, A. (1974). *Turtle manual.* Washington, DC: U.S. Office of Education. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 128 680.)

Schniedewind, N., & Salend, S. J. (1987). Cooperative learning works. *Teaching Exceptional Children, 19,* 22–25.

Schopler, E., Andrews, C. E., & Strupp, K. (1979). Do autistic children come from upper-middle-class parents? *Journal of Autism and Developmental Disorders, 9,* 139–152.

Schreibman, L., O'Neill, R. E., & Koegel, R. L. (1983). Behavioral training for siblings of autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 16,* 129–138.

Schroeder, S R., Lewis, M H., & Lipton, M. A. (1982). Interactions of pharmacotherapy and behavior therapy among children with learning and behavior disorders In K D Gadow & I. Bialer (Eds), *Advances in learning and behavioral disorders* (Vol. 2). Greenwich, CT: JAI Press.

Schultz, J. B. (1987). *Parents and professionals in special education.* Boston· Allyn and Bacon.

Schulz, J B , & Turnbull, A. P. (1983). *Mainstreaming handicapped students: A guide for classroom teachers.* Boston, Allyn and Bacon.

Schumaker, J. B , Deshler, D. D., Alley, G. R., & Warner, M. M. (1983). Toward the development of an intervention model for learning disabled adolescents. *Exceptional Education Quarterly, 3,* 45-50.

Scruggs, T. E , & Mastropieri, M. A. (1986). Academic characteristics of behaviorally disordered and learning disabled students. *Behavioral Disorders, 11,* 184-190.

Sears, R. R., Maccoby, E. E., & Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing.* New York: Harper & Row.

Segal, J , & Yahraes, H. (1979). *A child's journey.* New York: McGraw-Hill.

Sells, S. B. (1963). An interactionist looks at the environment. *American Psychologist, 18,* 696-702.

Sells, S B. (1966). Ecology and the science of psychology. *Multivariate Behavioral Research,* 131-141.

Sevcik, B. M., & Ysseldyke, J. E. (1986). An analysis of teachers' prereferral interventions for students exhibiting behavioral problems. *Behavioral Disorders, 12,* 109-117.

Shafer, M. S., Egel, A. L., & Neff, N. A. (1984). Training mildly handicapped peers to facilitate changes in the social interaction skills of autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 17,* 461-476.

Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 142,* 1061-1064.

Shapiro, S. K., & Garfinkel, B. D. (1986). The occurrence of behavior disorders in children: The interdependence of attention deficit disorder and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25,* 809-819.

Shaw, S. F., Bensky, J. M., & Dixon, B. (1981). *Stress and burnout: A primer for special education and special services personnel.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Shea, T. M., & Bauer, A. M (1985). *Parents and teachers of exceptional children: A handbook for involvement.* Boston, Allyn and Bacon.

Shields, J. (1954). Personality differences and neurotic traits in normal twin schoolchildren. *Eugenics Review, 45,* 213-246.

Shores, R. E., & Haubrich, P. A. (1969). Effect of cubicles in educating emotionally disturbed children. *Exceptional Children, 36,* 21-24

Siegel, A. (1984). Working mothers and their children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,* 486-488.

Simon, S. B., Howe, L. W., & Kirschenbaum, H. (1972). *Values clarification: A handbook of practical strategies for teachers and students.* New York: Hart.

Simon, S. B., & O'Rourke, R. D. (1977). *Developing values with exceptional children.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Simpson, R. L., & Poplin, M. S. (1981). Parents as agents of change. *School Psychology Review, 10,* 15-25.

Simpson, R. L., & Sasso, G. M. (1982). Use of behavioral strategies with behaviorally disordered children and youth: A perspective. In C. R. Smith & B. J. Wilcots (Eds.), *Iowa monograph: Current issues in behavior disorders—1982.* Des Moines, IA: Iowa Department of Public Instruction.

Sindelar, P. T., & Deno, S. L. (1980). The effectiveness of resource programming. In N. J. Long, W. C. Morse, & R. G. Newman (Eds.), *Conflict in the classroom: The education of emotionally disturbed children.* Belmont, CA: Wadsworth.

Sindelar, P. T., King, M. C., Cartland, D., Wilson, R. J., & Meisel, C. J. (1985). Deviant behavior in learning disabled and behaviorally disordered students as a function of level and placement. *Behavioral Disorders, 10,* 105-112.

Skiba, R., & Casey, A. (1985). Interventions for behavior disordered students: A quantitative review and methodological critique. *Behavioral Disorders, 10,* 239-252.

Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism.* New York: Alfred A. Knopf.

Slavin, R. E. (1980). Cooperative learning. *Review of Educational Research, 50,* 315-342.

Slavin, R. E. (1983). *Cooperative learning.* New York: Longman.

Sleeter, C. E. (1986). Learning disabilities: The social construction of a special education category. *Exceptional Children, 53,* 46-54.

Small, J. G. (1975). EEG and neurophysiological studies of early infantile autism. *Biological Psychiatry, 10,* 385-397.

Smith, C. R. (1981). Policy issues in providing psy-

chotherapy and counseling In F. H Wood (Ed), *Perspectives for a new decade: Education's responsibility for seriously disturbed and behaviorally disordered children and youth* (pp. 97-108). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Smith, D E P. (1981). Is isolation room a punisher? *Behavioral Disorders, 6,* 247-256.

Smith, D. E. P. (1982). Time-out as reduced environmental stimulation (RES): A reply to Polsgrove. *Behavioral Disorders, 7,* 53-55.

Smith-Davis, J., Burke, P. J., & Noel, M. M. (1984). *Personnel to educate the handicapped in America: Supply and demand from a programmatic viewpoint.* College Park, MD· University of Maryland, Department of Special Education, Institute for the Study of Children and Youth.

Sodac, D., Nichols, P., & Gallagher, B. (1985). Pupil behavioral data. In F H. Wood, C. R. Smith, & J. Grimes (Eds.), *The Iowa assessment model in behavioral disorders: A training manual.* Des Moines, IA: Iowa Department of Public Instruction.

Spence, J (1978). Clinical educator: A direction in training for seriously emotionally disturbed children. In C. M. Nelson (Ed.), *Field-based teacher training. Applications in special education.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies.

Spitz, R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child, 1,* 53-74.

Spivack, G., & Swift, M. S. (1966). The Devereux Elementary School Behavior Rating Scales: A study of the nature and organization of achievement relative to disturbed classroom behavior. *Journal of Special Education, 1,* 71-90.

Spivack, G., & Swift, M. S. (1973). The classroom behavior of children: A critical review of teacher-administered rating scales. *Journal of Special Education, 7,* 269-292.

Spivack, G., & Swift, M. S. (1977). The Hahnemann High School Behavior Rating Scale. *Journal of Abnormal Child Psychology, 5,* 299-307.

Spivack, G., Swift, M. S. & Prewitt, J. (1971). Syndromes of disturbed classroom behavior: A behavioral diagnostic system for elementary schools. *Journal of Special Education, 5,* 269-292.

Sprague, R. L. (1983) Behavior modification and educational techniques. In M. Rutter (Ed.), *Developmental neuropsychology.* New York: Guilford Press.

Sprague, R L., & Werry, J. (1974). Psychotropic drugs in handicapped children. In L. Mann & D Sabatino (Eds.), *Second review of special education* (pp. 1-50). Philadelphia, PA: JSE Press.

Stayton, D. J., Hogan, R., & Ainsworth, M D. S (1971). Infant obedience and maternal behavior. The origins of socialization reconsidered. *Child Development, 42,* 1057-1069

Stearns, R., & Rosenshine, B. (1981). Advances in research on teaching. *Exceptional Education Quarterly, 2,* 1-9.

Steinhausen, H., Gobel, D., Breinlinger, M., & Wohlleben, B. (1984). Maternal age and autistic children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 5,* 343-345.

Steinhausen, H., Gobel, D., Breinlinger, M , & Wohlleben, B. (1986). A community survey of infantile autism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25,* 186-190.

Steinman, S. (1981). The experience of children in a joint custody arrangement: A report of a study. *American Journal of Orthopsychiatry, 51,* 403-414.

Steinman, S. B., Zemmelman, S. E., & Knoblauch, T. M. (1985). A study of parents who sought joint custody following divorce: Who reaches agreement and sustains joint custody and who returns to court. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,* 554-562.

Stephens, T. M. (1977). *Teaching skills to children with learning and behavior disorders.* Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Stephens, T. M. (1978). *Social skills in the classroom.* Columbus, OH: Cedars Press.

Sternberg, L., & Taylor, R L. (1981). The insignificance of psycholinguistic training: A reply to Kavale. *Exceptional Children, 49,* 254-256.

Stewart, M. A., & Olds, S. W. (1973). *Raising a hyperactive child.* New York: Harper & Row.

Stierlin, H. (1972). *Separating parents and adolescents.* New York: Quadrangle Books.

Stierlin, H., Levi, L. D., & Savard, R. J. (1973). Centrifugal versus centripetal separation in adolescence: Two patterns and some of their implications. In S. Feinstein & P. Giovacchini (Eds.), *Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry* (Vol. 2). New York: Basic Books.

Stokes, T. F., & Baer, D. M (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10,* 349-367.

Strain, P. S. (1985). Programmatic research on peers as intervention agents for socially isolated classmates. *The Pointer, 29,* 22-29.

Strang, J. J., & Connell, P. Clinical aspects of drug and alcohol abuse. (1985). In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (pp. 501-515). London: Blackwell Scientific Publications.

Strauss, A. A., & Lehtinen, L. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child.* New York: Grune & Stratton.

Sudak, H. S., Ford, A. B., & Rushforth, N. B. (1984). Adolescent suicide: An overview. *American Journal of Psychotherapy, 38,* 350-363.

Sugai, G. (1985). Recording classroom events: Maintaining a critical incidents log. *Teaching Exceptional Children, 18,* 98-102.

Sulzer-Azeroff, B., & Mayer, G. R. (1977). *Applied behavior analysis procedures with children.* New York: Holt, Reinhart & Winston.

Suran, B. G., & Rizzo, J. V. (1983). *Special children: An integrative approach.* Glenview, IL: Scott, Foresman.

Sutherland, E. H., & Cressey, D. R. (1966). *Principles of criminology.* Philadelphia: J. B. Lippincott.

Swan, W. W., Brown, C. L., & Jacob, R. T. (1987). Types of service delivery models used in the reintegration of severely emotionally disturbed/behaviorally disordered students. *Behavioral Disorders, 13,* 99-103.

Swap, S. M. (1974). Disturbing classroom behaviors: A developmental and ecological view. *Exceptional Children, 41,* 163-172.

Swap, S. M. (1978). The ecological model of emotional disturbance in children: A status report and proposed synthesis. *Behavioral Disorders, 3,* 186- 196.

Swap, S. M., Prieto, A. G., & Harth, R. (1982). Ecological perspectives of the emotionally disturbed child. In R. L. McDowell, G. W. Adamson, & F. H. Wood (Eds.), *Teaching emotionally disturbed children.* Boston: Little, Brown and Co.

Swassing, C. I. (1984). Helping your child adjust to junior high school: A home-school contingency plan. *The Pointer, 29,* 4-7.

Talbot, N. B. (1976). *Raising children in modern America: What parents and society should be doing for their children.* Boston: Little, Brown and Co.

Taylor, F. D., Artuso, A. A., Soloway, M. M., Hewett, F. M., Quay, H. C., & Stillwell, R. J. (1972). A learning center plan for special education. *Focus on Exceptional Children, 4,* 1-7.

Taylor, L., & Salend, S. J. (1983). Reducing stress-related burnout through a network support system. *The Pointer, 27,* 5-9.

Terestman, N. (1980) Mood quality and intensity in nursery school children as predictors of behavior disorder *American Journal of Orthopsychiatry, 50,* 125-138.

Test, D. W., Cooke, N. L., Weiss, A. B , Heward, W. L., & Heron, T. E. (1986). A home-school communication system for special education. *The Pointer, 30,* 4-7.

Thomas, A., & Chess, S. (1976). Evolution of behavior disorders into adolescence. *American Journal of Psychiatry, 133,* 539-542.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development.* New York: Brunner/Mazel.

Thomas, A., & Chess, S. (1984). Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life. *American Journal of Psychiatry, 141,* 1-9.

Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children.* New York: New York University Press.

Treffert, D. A. (1970). Epidemiology of infantile autism. *Archives of General Psychiatry, 22,* 431-438.

Tucker, J. A. (1980). Ethnic proportions in classes for the learning disabled: Issues in nonbiased assessment. *Journal of Special Education, 14,* 93-105.

Turnbull, A. P., Strickland, B. B., & Brantley, J. C. (1982). *Developing and implementing individualized education programs.* Columbus, OH: Charles E. Merrill.

U.S. Bureau of the Census, (1981, March). *Current population reports: Marital status and living arrangement* (Series P-20, No. 372). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Congress. Federal Public Law 94-142, *Congressional Record,* 94th Congress, November 29, 1975, 12, 173-196.

U.S. Department of Education, (1984). *Implementation of Public Law 94-142: The Education for Handicapped Children Act* (Sixth annual report to Congress). Washington, DC: Special Education Programs (ED/OSERS), Division of Educational Resources.

Vacc, N. A., & Kirst, N. (1977). Emotionally disturbed children and regular classroom teachers. *Elementary School Journal, 77,* 309-317.

Varley, C. K. (1984a). Attention deficit disorder (the hyperactivity syndrome): A review of selected issues. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 5,* 254-258.

Varley, C. K. (1984b). Diet and the behavior of children with attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,* 182-185.

Vega, W. A., Hough, R. L., & Romero, A. (1983). Family life patterns of Mexican-Americans. In G. J.

Powell (Ed.), *The psychosocial development of minority group children* (pp. 194–215). New York· Brunner/Mazel.
Veltkamp, L. J. (1975). School phobia. *Journal of Family Counseling, 3,* 47–51.
Virden, T. (1984). Supportive peer groups: A behavior management program for children. In J. K. Grosenick, S. L. Huntze, E. McGinnis, & C. R. Smith (Eds.), *Social/affective interventions in behavioral disorders.* Columbia, MO: University of Missouri-Columbia, Department of Special Education, National Needs Analysis in Behavior Disorders Project.
Visher, E. B., & Visher, J. S. (1979a). *Stepfamilies: A guide to working with stepparents and stepchildren.* New York: Brunner/Mazel.
Visher, J. S., & Visher, E. B. (1979b). Stepfamilies and stepchildren. In J. D. Noshpitz (Ed.), *Basic handbook of child psychiatry: Prevention and current issues* (Vol. 4, pp. 347–353). New York: Basic Books.
Volkmar, F. R., & Cohen, D. J. (1985). The experience of infantile autism: A first-person account by Tony W. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 15,* 47–54.
Volkmar, F. R., Cohen, D. J., & Paul, R. (1986). An evaluation of DSM-III criteria for infantile autism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25,* 190–197.
Volkmar, F. R., Stier, D. M., & Cohen, D. J. (1985). Age of recognition of pervasive developmental disorder. *American Journal of Psychiatry, 142,* 1450–1452.
Vorrath, H., & Brendtro, L. (1974). *Positive peer culture.* Chicago: Aldine.
Wachs, T. D., & Gruen, G. E. (1982). *Early experience and human development.* New York: Plenum Press.
Waelder, R. (1960). *Basic theory of psychoanalysis.* New York: International Universities Press.
Wahler, R. G. (1976). Deviant child behavior within the family: Developmental speculations and behavior change strategies. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of behavior modification and behavior therapy.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Wahler, R. G. (1980). The insular mother: Her problems in parent-child treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis, 13,* 207–219.
Walker, H. M. (1979). *The acting-out child: Coping with classroom disruption.* Boston: Allyn and Bacon.
Walker, H. M. (1983). Applications of response cost in school settings: Outcomes, issues, and recommendations. *Exceptional Education Quarterly, 3,* 47–55.
Walker, H. M., & Buckley, N. (1972). Programming generalization and maintenance of treatment effects across time and across settings. *Journal of Applied Behavior Analysis, 5,* 209–224.
Wallace, G., & Larsen, S. C. (1978). *Educational assessment of learning problems.* Boston: Allyn and Bacon.
Wallace, G., & McLoughlin, J. A. (1979). *Learning disabilities: Concepts and characteristics* (2nd ed.). Columbus, OH. Charles E. Merrill.
Wallerstein, J. S. (1984). Children of divorce: Preliminary report of a ten year follow-up of young children. *American Journal of Orthopsychiatry, 54,* 444–458.
Wallerstein, J. S. (1985a). Children of divorce: Preliminary report of a 10-year follow-up of older children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,* 545–553.
Wallerstein, J. S. (1985b). Children of divorce: Recent research. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,* 515–517.
Walls, R. T. (1977). Behavior checklists. *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology.* New York: Brunner/Mazel.
Waterhouse, L., Fein, D., Nath, J., & Snyder, D. (1986). Critique of DSM-III diagnosis of pervasive developmental disorders. In G. Tischler (Ed.), *DSM-III: An interim appraisal.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review, 20,* 158–177.
Weakland, J. H. (1976). The double-bind hypothesis of schizophrenia and three-party interactions. In C. E. Sluzki & D. C. Ransom (Eds.), *Double-bind: The foundation of the communicational approach to the family.* New York: Grune & Stratton.
Weinberg, R. A., & Wood, F. H. (Eds.). (1975). *Observation of pupils and teachers in mainstream and special education settings: Alternative strategies.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.
Weinberg, W., & Rehmet, A. (1983). Childhood affective disorder and school problems. In D. P. Cantwell & G. A. Carlson (Eds.), *Affective disorders in childhood and adolescence: An update* (pp. 109–128). New York: SP Medical and Scientific Books.
Weiskopf, P. E. (1980). Burn-out among teachers of exceptional children. *Exceptional Children, 47,* 18–23.
Weissman, M. M., Leckman, J. F., Merikangas, K. R., Gammon, G. D., & Prusoff, B. A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. *Archives of General Psychiatry, 41,* 845–852.
Wender, E. H. (1986). The food additive-free diet in the treatment of behavioral disorders: A review.

Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 7, 35–48.

Werry, J S , & Quay, H C. (1971). The prevalence of behavior symptoms in younger elementary school children. *American Journal of Orthopsychiatry, 41,* 136–143.

Werry, J. S. (1972). Psychosomatic disorders (with a note on anesthesia, surgery, and hospitalization). In H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood.* New York: John Wiley & Sons.

Werry, J. S. (1982). Pharmacotherapy. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 5, pp. 283–321). New York: Plenum Press.

Werry, J. S., Reeves, J. C., & Elkind, G. S. (1987). Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children. I. A review of research on differentiating characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 133–143.

Westoff, L. A. (1977). *The second time around: Remarriage in America.* New York: Viking Press.

Whelan, R. J. (1977). Human understanding of human behavior. In A. J. Pappanikou & J. L. Paul (Eds.), *Mainstreaming emotionally disturbed children.* Syracuse, NY: Syracuse University Press.

White, L. (1974). Organic factors and psychophysiology in childhood schizophrenia. *Psychological Bulletin, 81,* 238–255.

White, M. A. (1980). *Iowa monograph: Strategies for planning and facilitating the reintegration of students with behavioral disorders.* Des Moines, IA: Iowa Department of Public Instruction.

White, W. J., & Wigle, S. E. (1986). Patterns of discrepancy over time as revealed by a standard-score comparison formula. *Learning Disabilities Research, 2,* 14–20.

Whiteside, M. F. (1981). A family systems approach with families of remarriage. In I. R. Stewart & L. E. Abt (Eds.), *Children of separation and divorce: Management and treatment* (pp. 319–336). New York: Van Nostrand Reinhold.

Whiting, J. W., & Child, I. L. (1969). *Child training and personality development.* New Haven: Yale University Press. (Originally published 1953.)

Wiederholt, J., Hammill, D. D., & Brown, V. L. (1983). *The resource teacher: A guide to effective practices* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Williams, J. B. W. (1985). The multiaxial system of DSM-III: Where did it come from and where should it go? *Archives of General Psychiatry, 42,* 175–186.

Williams, J. E., & Morland, J. K. (1976). *Race, color, and the young child.* Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.

Williams, R. J., & Algozzine, B. (1980). Teachers' attitudes toward mainstreaming. *Elementary School Journal, 80,* 63–67.

Wilson, J. Q., & Herrnstein, R. J. (1985). *Crime and human nature.* New York: Simon & Schuster.

Wilson, W. J. (1978). *The declining significance of race: Blacks and changing American institutions.* Chicago: University of Chicago Press.

Wing, L., Yeates, S. R., Brierly, L. M., & Gould, J. (1976). The prevalence of early childhood autism: Comparison of administrative and epidemiological studies. *Psychological Medicine, 6,* 89–100.

Winsberg, B. G., & Yepes, L. E. (1978). Antipsychotics (major tranquilizers, neuroleptics). In J. S. Werry (Ed.), *Pediatric psychopharmacology: The use of behavior modifying drugs in children* (pp. 234–273). New York: Brunner/Mazel.

Winton, P. J., & Turnbull, A. P. (1981). Parent involvement as seen by parents of preschool handicapped children. *Topics in Early Childhood Special Education, 1,* 11–19.

Wise, F., & Miller, N. B. (1983). The mental health of the American Indian child. In G. J. Powell (Ed.), *The psychosocial development of minority group children* (pp. 344–361). New York: Brunner/Mazel.

Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services.* Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Wood, F. H. (1968). Behavior modification techniques in context. *CCBD Newsletter, 5,* 12–15.

Wood, F. H. (1973). Negotiation and justification: An intervention model. *Exceptional Children, 39,* 185–189.

Wood, F. H. (1978). The influence of public opinion and social custom on the use of corporal punishment in schools. In F. H. Wood & K. C. Lakin (Eds.), *Punishment and aversive stimulation in special education: Legal, theoretical and practical issues in their use with emotionally disturbed children and youth.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies.

Wood, F. H. (1979). Defining disturbing, disordered, and disturbed behavior. In F. H. Wood & K. C. Lakin (Eds.), *Disturbing, disordered or disturbed? Perspectives on the definition of problem behavior in educa-*

tional settings. Reston, VA: Council for Exceptional Children

Wood, F. H. (1979) *Pupil Observation schedule* (rev. ed.). Unpublished manuscript. Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Educational Psychology

Wood, F. H (1981). The influence of personal, social, and political factors on the labeling of students In F. H. Wood (Ed.), *Perspectives for a new decade. Education's responsibility for seriously emotionally disturbed and behaviorally disordered children and youth.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Wood, F. H. (1982). Affective education and social skills training: A consumer's guide. *Teaching Exceptional Children, 14,* 212-216.

Wood, F. H. (1985). Issues in the identification and placement of behaviorally disordered students. *Behavioral Disorders, 10,* 219-228.

Wood, F. H., & Braaten, S. (1983). Developing guidelines for the use of punishing interventions in the schools. *Exceptional Education Quarterly, 3,* 68-75.

Wood, F. H., & Hill, B. K. (1983). Aversiveness and frequency of use of commonly used interventions for problem behavior. In R. B. Rutherford (Ed.), *Severe behavior disorders of children and youth* (Vol. 6). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Wood, F. H., & Lakin, K. C. (1978). *Punishment and aversive stimulation in special education: Legal, theoretical and practical issues in their use with emotionally disturbed children and youth.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies.

Wood, F. H., & Lininger, R. (1982). Services to the seriously behaviorally disordered/emotionally disturbed students in rural communities. In R. B Rutherford (Ed.), *Monograph in behavioral disorders: Severe behavior disorders of children and youth.* Reston, VA Council for Children with Behavioral Disorders.

Wood, F H , Smith, C. R., & Grimes, J. (1985). *The Iowa assessment model in behavioral disorders: A training manual.* Des Moines, IA. Iowa Department of Public Instruction

Wood, F H , & Zabel, R. H (1978). Making sense of reports on the incidence of behavior disorders/emotional disturbance in school-age populations *Psychology in the Schools, 15,* 45-51

Wood, M M (Ed.). (1975) *Developmental therapy. A textbook for teachers as therapists for emotionally disturbed young children* Baltimore, MD University Park Press.

Wood, M. M (Ed) (1981). *Developmental therapy sourcebook* (Vols. 1 & 2). Baltimore, MD: University Park Press.

Wood, M. M. (Ed.). (1986) *Developmental therapy in the classroom: Methods for teaching students with social, emotional, or behavioral handicaps.* Austin, TX: Pro-Ed.

Wood, M. M., & Swan, W. W. (1978). A developmental approach to educating the disturbed young child. *Behavioral Disorders, 3,* 197-209.

Wren, C. G. (1984). *The coping with series* (rev. ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Yamamoto, J., & Kubota, M. (1983). The Japanese-American family. In G. J. Powell (Ed.), *The psychosocial development of minority group children* (pp. 237-247). New York: Brunner/Mazel.

Yates, A. J. (1970). *Behavior therapy.* New York: John Wiley & Sons.

Young, J. G., Cohen, D. J., Brown, S. L., & Caparulo, B. K. (1978). Decreased urinary free catecholamines in childhood autism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17,* 671-678.

Ysseldyke, J. E., Algozzine, B., Shinn, M., & McGue, M. (1982). Similarities and differences between underachievers and students classified learning disabled. *Journal of Special Education, 16,* 73-85.

Ysseldyke, J. E., Thurlow, M., Graden, J., Wesson, C., Algozzine, B., & Deno, S. (1983). Generalizations from five years of research on assessment and decision making: The University of Minnesota Institute. *Exceptional Education Quarterly, 4,* 75-93.

Zabel, M. K. (Ed.). (1985). *TEACHING: Behaviorally disordered youth* (Vol. 1). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Zabel, M. K. (Ed.). (1986a). *TEACHING: Behaviorally disordered youth* (Vol. 2). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Zabel, M. K. (1986b). Timeout use with behaviorally disordered students. *Behavioral Disorders, 12,* 15-21.

Zabel, M K. (1987). *TEACHING: Behaviorally disordered youth* (Vol. 3). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Zabel, M K., & Zabel, R. H. (1983). Burnout among special education teachers: The role of age, experience, and training. *Teacher Education and Special Education, 6,* 255-259.

Zabel, R. H. (1978a). Providing education for emotionally disturbed children in the least restrictive environment *Educational Considerations, 5,* 5-8.

Zabel, R H (1978b) Recognition of emotions in fa-

ual expressions by emotionally disturbed children. *Psychology in the Schools, 15,* 119-126.

Zabel, R. H. (1981). Behavioral approaches to behavioral management. In G. Brown, R. L. McDowell, & J. Smith (Eds.), *Education of adolescents with behavior disorders.* Columbus, OH: Charles E. Merrill

Zabel, R. H. (1982). Etiology, characteristics, and interventions with autistic children: Implications for delivery of services. In R. Peterson & J. Rosell (Eds.), *Current topics in the education of behaviorally impaired children* (pp. 1-15). Lincoln, NE: University of Nebraska-Lincoln, Barkley Memorial Center.

Zabel, R. H. (1987). Preparation of teachers for behaviorally disordered students. In M. C. Wang, H. J. Walberg, & M C. Reynolds (Eds.), *Handbook of special education: Research and practice.* Oxford, England. Pergamon Press.

Zabel, R. H., Boomer, L. W., & King, T. R. (1984). A model of stress and burnout among teachers of behaviorally disordered students. *Behavioral Disorders, 9,* 215-221.

Zabel, R. H., Peterson, R. L., & Smith, C. R. (In press). Availability and usefulness of assessment information for behaviorally disordered students: A replication *Diagnostique.*

Zabel, R. H., Peterson, R. L., Smith, C. R., & White, M. A. (1981). Placement and reintegration information for emotionally disabled students. In F. H. Wood (Ed.), *Perspectives for a new decade: Education's responsibility for seriously disturbed and behaviorally disordered children and youth.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Zabel, R H , Peterson, R. L , Smith, C. R., & White, M A (1982). Availability and usefulness of assessment information for emotionally disabled students. *School Psychology Review, 11,* 433–437.

Zabel, R. H., Peterson, R. L., Smith, C. R., & White, M. A. (1983). Use of time as reported by teachers of emotionally disabled students. *The Pointer, 27,* 44–47.

Zabel, R. H , & Wood, F. H (1977). *Efficacy of interventions with emotionally disturbed children: A review of literature.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Psychoeducational Studies, Advanced Training Institute for Teacher Trainers for Seriously Emotionally Disturbed Children

Zabel, R. H., & Zabel, M. K. (1980). Burnout. A critical issue for educators. *Education Unlimited* (March), 23-25.

Zabel, R. H., & Zabel, M. K. (1982). Factors involved in burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional Children, 49,* 261-263.

Zentall, S. (1983). Learning environments: A review of physical and temporal factors. *Exceptional Education Quarterly, 4,* 90-115.

Zigler, E. F., & Child, I L. (Eds.), (1973). *Socialization and personality development.* Reading, MA: Addison-Wesley.

Zimbardo, P. G. (1977). *Shyness.* Reading, MA: Addison-Wesley

Zimbardo, P. G. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it.* Reading, MA: Addison-Wesley.

Zionts, P. (1983). The rational-emotional approach. *The Pointer, 27,* 13-17